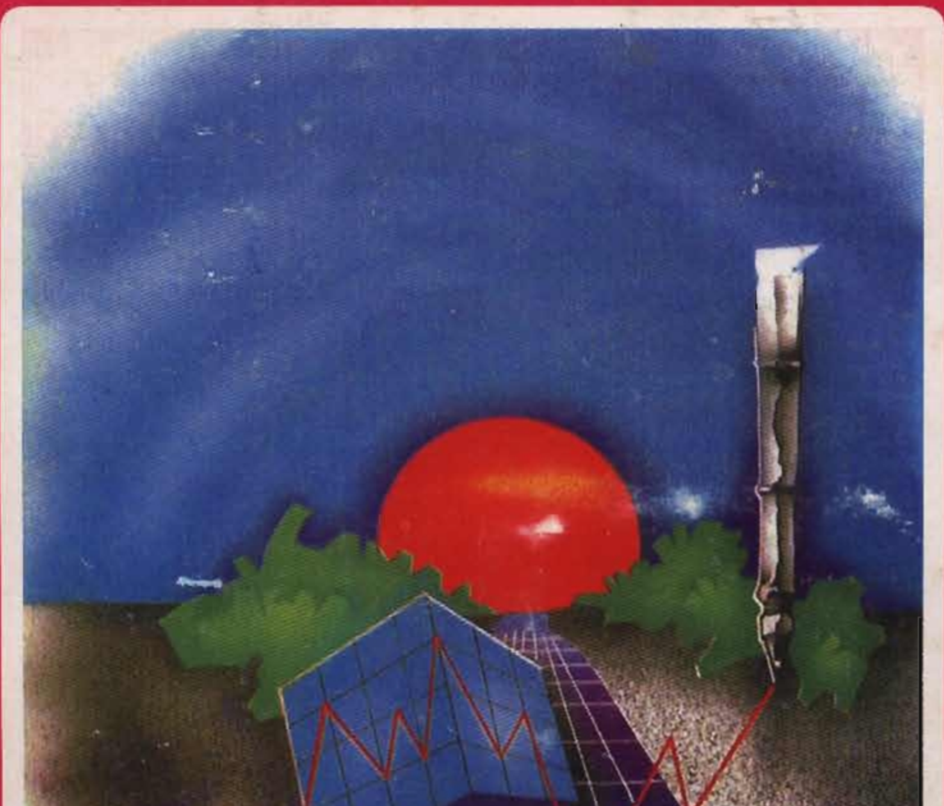
العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث

أساليبه وميادين تطبيقه



د. عبد الستار ابراهيم

العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث

أساليبه وميادين تطبيقه

د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الطبي ورئيس قسم الطب النفسي

كلية الطب - جامعة الملك فيصل

« فى يقينى أن موقع علماء النفس فى عالم اليوم من أهم المواقع وأهمها على الإطلاق . أؤكد هذا لأن كل المعضلات التى تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ، ونظام وفوضى ، وإستغلال وتآخ ، وفهم وسوء فهم ، وسعادة وشقاء ، وحب وكراهية – جميعها يكمن حلها فى ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا. وإلى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته » .

« ماسلو »

بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيد

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة فى زيارة علمية لجامعة ميتشيجان للإطلاع على جوانب التقدم فى دراسة الإضطرابات النفسية والعقلية ، وفنون التطور فى علاجها أو تعديلها . وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجرى فى العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة . وقد إرتبطت ملاحظاتى تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسى والمساهمة فى عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة . ونعترف بأن ذلك غير كثيرا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشرى وإضطراباته ، وزاد من إدراكنا لدور العلم والمعرفة التجريبية فى إخضاع موضوع كان ولايزال موطنا للخرافة والجهل والتدجيل.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحديث ، والتطور فى تصوراته عن عملية العلاج النفسى خلال تلك الأعوام الأربعة ، كانت تطفى على ذهنه فى كثير من الأحيان رغبة قوية فى مشاركة القارىء العربى بعض الخبرات والإطلاعات المنظمة فى هذا الميدان . ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب ، بل كان هناك أيضا إحساس قوى بالمسئولية الإجتماعية تجاه أبناء الوطن العربى سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة فى العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم فى التعامل مع ما يثيره السلوك البشرى من مشكلات ملحة ، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين

يخططون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة
ت المرض النفسي لديهم ولدى من حولهم، وتكفيهم شر أفكار
ية عقيمة.

الحق أن حس المسئولية الإجتماعية قد إزداد أكثر فأكثر عندما أتيح
العودة سنة ١٩٧٨ إلى أرض الوطن العربي من جديد للتدريس
راف على التدريب الإكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة
ت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماسا شديدا للتفكير العلمي .. وقوة في
الأقلام التي تحاول أن تدعو في شجاعة أدبية وواضحة لمزيد من
ير العلمي والعقلانية في تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها
لفة من تحديات ومشكلات، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن
ى على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الإجتماعية
كلات ناهيك عن المرض النفسي والعلاج. إذا لم تزل نظرة كثير من
طنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة في
ير المرض النفسي وعلاجه. وحتى بين كثير من المختصين - ناهيك عن
مة - لاتزال نظرتهم للعلاج النفسي أشبه - في أحسن الأحوال - بما
سائدا تاريخ العلاج النفسي منذ ١٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد.

ويقيني أن كثيرا من هؤلاء لايزالون يتصورون بأن العلاج النفسي
لمستقبل التطور في الطب، والعقاقير، وجوانب العلاج البيولوجي
سات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك إعتراف بدور
اج النفسي على الإطلاق فإنه هو التحليل النفسي كما بلوره "فرويد"
له القديم القائم على التداعي الحر وتحليل العمليات اللاشعورية، وطفولة
سان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم بالطبع أنه لايوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافة الجادة ممن لايعرفون مثلا بأن هناك تطورات في العلاج النفسي ومن لايعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلا مختلفا تماما عن الطب وعن التحليل النفسي الفرويدي. كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيرا من المزاعم الخاطئة في حركة العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري. وهو أمر بالطبع يرجع في كثير من أجزائه لإنعدام الكتابات العلمية في هذه الموضوعات تقريبا، كما يرجع - جزئيا - إلى أن الالمام بالأساليب الحديثة في العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم في مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب إذن للمتخصص وغير - المتخصص. للمتخصص من حيث أنني حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم في النظريات السيكلوجية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) في ميدان علاج إضطرابات السلوك البشري. ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لأي منهج من العلاج أن نبين أولا: أساسه العلمي وما وراءه من بحوث وتجارب، وأن نصف، ثانيا: وبتفصيل نسبي - طريقة تطبيق هذا المنهج، وأن نوضح ثالثا أهم الدراسات والتجارب التي تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهي جوانب أعتقد من الضروري الإلمام بها لمن يفكر في إتخاذ العلاج النفسي مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين في علم النفس والخدمة الإجتماعية. وكتبته أيضا بطريقة آمل في أن لا تكون عسيرة على غير المتخصصين حتى تتحقق الفائدة المزدوجة. فحاولت بقدر الإمكان الإبتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث، والتجارب والإحصاءات إلا ما كان ضروريا منها، وفي أضيق الحدود، مع إستخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة.

لقد مر الآن أكثر من ١٠ أعوام على صدور كتابي الذى نشر من قبل فى سلسلة عالم المعرفة تحت عنوان العلاج النفسى الحديث : قوة للإنسان . وفى خلال هذه الأعوام التى مرت منذ صدوره شهد مسرح العلاج السلوكى تطورات هائلة .. وأثبتت حركة العلاج السلوكى أنها بالفعل ثورة فى ميدان علاج إضطرابات السلوك الإنسانى ومشكلاته ...

صحيح أن الخطوط العريضة لهذه الحركة والمسميات النظرية لها والأهداف النهائية للعلاج النفسى كما تخطط لها إحتفظت بطابعها العام ـ إلا أنها أستطاعت أن تغزو كثيرا من الميادين .. وتخضع كثيرا من المشكلات للضبط والتعديل. وقد صاحب ذلك تطور فى إتساع أساليبها الفنية .. وفى مستوى التطبيقات.

ومن ثم بدأت أعيد التفكير فى الامتداد بكتابي السابق مستفيداً بهذه التطورات فأجريت عليه كثيرا من التنقيح والتعديل لتتلائم مادته مع الصورة التى وصل إليها التطور فى حركة العلاج السلوكى. وعدلت العنوان قليلا فأضفت كلمة العلاج النفسى السلوكى المعرفى إذ أصبح هذا المفهوم الآن شائعا فى الوطن العربى. ومن ثم فإن القارىء أصبح أكثر قابلية له مما كان الحال عليه عند صدورالعلاج النفسي الحديث : قوة للانسان.

د . عبد الستار إبراهيم

١٩٩٤م

الباب الأول

نظرة عامة فى الإضطرابات النفسية وعلاجها

الفصل الأول : نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

الفصل الثانى : شىء عن العلاج النفسى عبر العصور

الفصل الثالث : لمحة على الأساليب الحديثة .. من العلاج النفسى

الفصل الأول

نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول فى هذا الفصل أن أقدم للقارىء عرضا لبعض المفاهيم الرئيسية التى سيصادفها فى ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب – فيما أوضحنا يهدف إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة فى العلاج النفسى ، فموضوعه أساسا هو السلوك الإنسانى الشاذ أو المضطرب .ومن المفيد – لهذا السبب – أن نتفق على فهم جوانب معينة فى هذا الموضوع. فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقليا ؟ وما هى العوامل النفسية المتدخلة فى ذلك ؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الإضطراب العقلى والنفسى ؟ وكيف يمكن العلاج ؟.

هناك فى الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث ،بأن البدء فى تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة " فالعلم لا ينجح دائما فى اعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها . فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على فيل مثلا من أن نعرفه" (١) ولهذا

*الارقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل

سنقدمه هنا يعتبر وصفا للسلوك الشاذ. وليس تعريفا بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على ...شياء بشكل عام: الطريق الأول هو الذي يصف الأشياء من ...لال أضدادها. فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود(٢). ونصف الرجل ...ه ليس طفلا.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ.. ما هو ليس بسليم أو ...سوى. ونحتاج هنا أيضا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما صحيحا في الحياة.

أما الطريق الآخر فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل.. من ...لال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لانكتفي بأن نصف الرجل بأنه ليس ...فلا (كما في المدخل الأول)، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من ...ضوج إنفعالي وقدرة على إستخدام اللغة، والإستقلال والقدرة على الضبط ...حركي والمشي.. إلى غير ذلك. وفي هذه الحالة يجب التعرف على السلوك ...شاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك "تكون غالبية الناس ...ستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ." والآن إلى مزيد من ...تفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الإضطراب النفسي.

ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادي مدخلا طيبا لفهم ...سلوك الشاذ.. وبالرغم من صعوبته. فما من مفهوم يُحير علماء النفس ...علاجي في تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لأن كثيراً من علماء هذا ...فرع يتعاملون أساسا مع إضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن ...واجبهم أولا تقديم إجابة شافية "وبالتالي علاجا" للمشكلات الرئيسية

والإضطرابات التي تواجه مرضاهم. والناس لا يذهبون للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين.. بل لأنهم يحتاجون أساسا لخدمة الخبير النفسي وإرشاداته في مشكلات كالقلق، والأرق، والعجز عن الفاعلية الإجتماعية، والشقاء.. وغيرها. ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوي أو الصحي قد لا ينجح المعالج أن يهدي من يستشيرونه للطريق الصواب.

فما هو السلوك العادي أو السليم؟. ليس ثمة إتفاق في الحقيقة بين الدراسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية، ولكننا يمكن مع ذلك أن تستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج:

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم في العلاج النفسي كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء، أو متكاملين، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية.

** فهناك النضوج، والمهارة في تكوين شخصية - إجتماعية فعالة، والدخول في علاقات إجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

** وهناك التوافق للعمل والمهنة، أو بتعبير آخر الفاعلية في أداء الدور، أو الأدوار الإجتماعية المنوطة بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى في الحياة، إذا ما ظهر- لأي سبب من

الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسعى إليه.

** وهناك التوافق مع الذات، ومايتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة، والإستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة، وبقدرة على تحقيق النفس والأهداف، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوي، والجسمي، والجنسي، وما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الإبتكارية، وإتخاذ القرارات، وضبط الإنفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان والإكتئاب والمخاوف التي لامعنى لها.

** وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الإجتماعية، والسلوكية، والنفسية.. وعندما نقول فلسفة عامة لا نعني بالطبع بأن الشخص السوي يجب أن يكون "برتراند راسل" أو "سارتر"، وإنما بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والإتجاهات، والمعتقدات الشخصية التي تساعد على حب الحياة والناس والذات، وتحقيق السعادة، والحياة الإجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما. ونحن لانذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما، وإنما ركزنا على أهمها، وعلى العناصر البارزة في

السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المخ ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما إختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور في مريضه، ويعتبرها مقياسا لنجاحه في العلاج.

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التي نعطيها بلا تردد صفة الشذوذ، أو المرض. لكن ربما كان من أهم مايمنحنا إياه هذا العرض السابق.. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة، مانعنيه بالسلوك الشاذ أو المرض.

فالعجز عن التوافق في أي جانب من الجوانب الأربعة التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. والواقع أن كلمة شذوذ ككلمة سواء من حيث أنها مفهوم، أو كلمة، مجازية نطلقها على بعض التصرفات، والأفعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي المتعددة- كلها، لا يجد تعريفا لأمراض شاذة- إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لإضطرابات نفسية كالفصام- والقلق، والإكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التي تظهر عند شخص ينتمي لفئة أو لأخرى. وهكذا فمجموعة الإضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الإجتماعي والإندماج في أفعال إجتماعية غير مناسبة ومرفوضة؛ يسهل وصف صاحبها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالإكتئاب أو السلبية - الخ.

بعبارة أخرى ، فإنك لن تجد فى كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسى على غرار المرض الجسمى يرتبط بنوعية شاذة فى تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا .. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية ، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما .. وتحرك الإنسان فلا يملك لها رداً.

وربما تسهم كلمة مرض نفسى فى بعض الأحيان فى اثارة غموض لا يقل عن الغموض الذى تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية .. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أى معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه ، كذلك تثير كلمة المرض النفسى التى تستخدم بكثرة تلك الأيام" .فالمعنى التقليدى لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعانى من الملاريا ، أو من الحمى أوالجلطة .. الخ . ونجد فى كل حالة انفصالا بين السوى والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض ، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار ماديا ما "(١). ولاشىء من هذا يصح مع الإضطرابات النفسية. والأحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف فى طبيعته عن الشخص العادى .. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا فى مقدار ظهور السلوك الذى نعتبره شاذا. والفصامى .. والعصابى والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة -

ولكنهم بشر يختلفون فى بعض أوجه السلوك فقط : وفى أن التصرفات التى لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير مما هى عليه بين من تطلق عليهم أصحاء. وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ ، وهو الجانب الثاني من تعريف السلوك الشاذ .

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ ، أو المضطرب متسعة فى غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الإضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الإضطرابات نادر (كحالات المرض العقلى أو الجنون) ، على حين أن بعضها يشيع شيوعا كبيرا فى المجتمع مما يجعلها موضوعا جديرا بالإهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن فى مجال الممارسة العملية نجد أن الإضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التى تتراوح من مشاعر الكدر والضيق ، والتعاسة ، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التى تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسى أو إلى المصحات للعلاج النفسى والعقلى. والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية فى عمله وفى علاقاته الإجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه فى كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة ، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدى يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين فى تقسيم الإضطرابات النفسية - فينظرون اليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسى

عصاب) أو عقلى (ذهان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الإنفعال ، وتعساء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمى ، مما يصبغ حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر . لكنهم فى العادة قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التى يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابية فى حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة فى الحياة .

أما الذهانيون فهم من طائفة أخرى. نطلق عليهم أحيانا إسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء ، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين . إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير ، أو السلوك الإجتماعى، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ،نوعان منفصلان من الإضطرابات . فالإضطرابات الإنفعالية التى تصيب المريض النفسى (العصابى) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار بحالته، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن "مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها.. " الخ، ولكنه لا يستطيع أن يحمى نفسه من هذا . أما المريض العقلى (الذهانى) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والعاطفية والعقلية ، ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال فى بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانونى . ويفترض بالطبع أن الإختلال الذى يصيب الذهانى يحرمه من الإستبصار بحالته (٣) .

ويعد الفصام أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التى تنتمى لهذا النوع من الإضطراب العقلى . ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من الذهان . والفصامى – كأى مضطرب ذهانى آخر – يفقد صلته المعقولة بالواقع ، وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة فى تواصله الفكرى مع الآخرين . فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن إختيار أى من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يتملكه من تبلد وجدانى ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة، والتوجس ، وفى الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفى بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هى الغالبة ، وفى هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا . وبالرغم من التناقض بين العظمة والإضطهاد فغالبا ما يجتمعان لدى الفصاميين . مما يحير الطبيب النفسى فى فهم السلوك الفصامى [illegible] فى سلوك الفصاميين .

ـصـاب) أوعـقلى (ذهان) . والعصابيون أشـخـاص يتمـيزون بسـهولة
انفعال ، وتعساء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من
ض الموضـوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمى ، مما يصبغ
ياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك
ـر . لكنهم فى العـادة قـادرون على مـواصلة النشـاط بالرغم من القيـود
لداخلية التى يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض
لحظات العصابية فى حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة فى
لحياة .

أما الذهانيون فهم من طائفة أخرى، نطلق عليهم أحيانا إسم
لمرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء ،
لكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف
لحياة دون عون من الآخرين. إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير
، أو السلوك الإجتماعى، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ،نوعان منفصلان من
لإضطرابات. فالإضطرابات الإنفعالية التى تصيب المريض النفسى
(العصابى) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار
بحالته، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن
"مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها.. " الخ، ولكنه لا يستطيع أن
يحمى نفسه من هذا . أما المريض العقلى (الذهانى) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والعاطفية والعقلية ، ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال فى بعض الحالات مما يجعله غير مسئول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانونى. ويفترض بالطبع أن الإختلال الذى يصيب الذهانى يحرمه من الإستبصار بحالته (٣).

ويعد الفصام أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التى تنتمى لهذا النوع من الإضطراب العقلى. ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من الذهان . والفصامى – كأى مضطرب ذهانى آخر – يفقد صلته المعقولة بالواقع ، وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة فى تواصله الفكرى مع الآخرين .. فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن إختبار أى من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يتملكه من تبلد وجدانى ومعتقداته الزائفة (هواجس كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة، والتوجس ، وفى الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفى بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هى الغالبة ، وفى هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا. وبالرغم من التناقض بين العظمة والإضطهاد فغالبا ما يتلازمان لدى الفصاميين. مما يحير الطبيب النفسى فى فهم السلوك الفصامى حتى مع خبرته [illegible] الخبير فى سلوك الفصاميين.

وتتملك بعض الفصاميين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء قليون هلاوس تهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس معية التى يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا ـعها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة، وقد تكون لأناس ميتين أو ـاء.. أو مشاهير .. الخ. وهناك الهلاوس البصرية، التى تختلف عن داعات البصرية التى تتعرض لها، فى أنها تأخذ شكل يقين لدى خص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى بالهوس، والشخص ـوس تجده فى حالة إستثارة تامة. لا يكف عن الكلام، والإنتقال من ضوع إلى موضوع آخر.. وهو يشابه الفصامى فى أن سلوكه مضطرب كيره تسيطر عليه الهواجس، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة ظمة، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شىء بدءا من النزوات سية إلى الانقلابات السياسية (٣).

وقد يضفى البعض صورة وردية على المرض العقلى والجنون بأن ورهما مهربا من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، ويشجع على ذلك ى التصورات التى يحيكها الخيال الشعبى عن سعادة المجانين وهنائهم. الحقيقة أن المريض العقلى أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد ت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد ـرح يطلق النكات هنا وهناك (كما فى حالات الهوس) - ومنهم من

كان يجلس وحيدا ويبدو راضيا (كالإكتئاب) ... ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بأن هذا الغطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الإجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام: "إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض، بل قد يكون فى بعض الأحيان وسيلة وأسلوبا من أساليب التعامل مع الحياة، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر، لكنهم يتوقون فى نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق" (٤).

أما أنواع العصاب فهى تتضمن القلق، والمخاوف المرضية، والهيستيريا، والإكتئاب. وهناك أيضا الوساوس الفكرية، والأفعال القهرية (القهار) - وهى عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها. منها غسل اليد مئات المرات، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة، والسيارات. ورغم أن بعض الوساوس فى صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد مثلا من غلق صنبور المياه) .. إلا أنها فى الحالات الشديدة غالبا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح (٥).

أما القلق فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية فى معظم الإضطرابات، نجده بين الأسوياء فى مواقف الأزمات، كما نجده مصاحبا لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته

نموحاته ومنافساته الحادة .. وقد يكون هذا صحيحا . لكن مع هذا نجد ، الحالات الشديدة من القلق توجد فى كافة المجتمعات .. ولم يخل منها صر من العصور .

والقلق هو إنفعال شديد بمواقف أو أشياء ، أو أشخاص لا تستدعى لضرورة هذا الإنفعال. وهو يبعث فى الحالات الشديدة على التمزق لخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة ، ويشل قدرته على التفاعل جتماعى والتكيف البناء. ويشمل الإضطرابات فى حالات القلق – مثله فى ك مثل أى إضطراب إنفعالى آخر – الكائن بجوانبه الوجدانية السلوكية ، والتفكير فضلا عن تفاعلاته الإجتماعية . فمن حيث نواحى الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص فى حالات القلق شاعر بالخوف ، والإكتئاب ، والشعور بالعجز عن إتخاذ قرارات حاسمة ، سرعة إتخاذ قرارات لا تنفذ . والشخص فى حالات القلق غالبا ما تظهر ضطراباته الفكرية فى شكل تبنى إتجاهات وأفكار لا منطقية . وقد تبين القلقى والعصابيين غالبا ما يتبنون أفكارا مطلقة ، متطرفة وغير واقعية يميلون إلى نقد الذات الشديد ، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه . أما الجانب السلوكي من القلق فيتعلق بالتورط لإنغماس فى سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند إختيار موضوعات القلق. فى الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص فى معاناة تغيرات سيولوجية، كسرعة دقات القلب ، والتشنج وتقلصات البطن والاسهال ، لدوار والعرق البارد .. الخ ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية ، لأن جزءا من العلاج النفسى السلوكى الحديث

يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكى الظاهر ، وينجح فى تعديله ـ ويؤدى هذا التعديل فى هذا الجانب إلى تعديل فى الجانبين الآخرين من القلق وهما جانبا الشعور والتفكير. وطرق التفاعل الإجتماعى للشخص فى حالة القلق تتأثر أيضا فيميل إلى التناقض والعمق والتطرف فى علاقاته بالآخرين. والمثال الآتى يوضح صورة الإضطراب التى تتملك الشخص فى الحالات الشديدة من القلق :

" أقبلت زوجة محام ناجح فى السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية فى حالة من الفزع والإنهاك. كانت تعانى من الصداع المستمر والانهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات فى البطن والإسهال ، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد ، فقلبها يأخذ فى الدق العنيف ، والألم يستبد برأسها (إضطراب فى الشعور). وقد انتابتها احدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها فى خارج المدينة (موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع) . واستيقظت وهى تبكي وترتعد بعنف (إضطراب في السلوك الظاهر) . وتذكرت أنها فكرت (جانب فكري لا منطقي) : هأنذا مريضة وحيدة، بينما زوجى بعيد عنى ولا أحد يعلم من أنا . وكانت تردد وهى تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق ، وتقول أننى أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتى * (جانب إجتماعي) "التعليقات بين الأقواس والخطوط من وضعنا" .

* شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص٦٥ (مرجع رقم ٥ فى قائمة المراجع فى آخر الفصل)

وقريب من حالات القلق ما يسمى بالمخاوف المرضية (فوبيا) . حقيقة أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضى جزءا من لق ، ولو أن الخوف فى حالة الخُواف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات ، الأشخاص ، أو المواقف المحددة. والإنفعال الشديد ، والفزع والإرتياع ى يتملك الطفل أو البالغ فى حالات المخاوف المرضية ، يشبه القلق وكل ضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره ، وأن شخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم فى مخاوفه أو ضبط إنفعالاته صورة بناءة بما ينتهى به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية الإجتماعية.

والخوف المرضى يمكن أن ينشأ كإستجابة لطائفة واسعة من لموضوعات التى لا تكون مفزعة فى حد ذاتها فى العادة. وقد تكون هذه لموضوعات حيوانات ، أو أماكن ، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر لقطط، والكلاب ، والأماكن المرتفعة ، والفلقة ، والظلام ، والدم ، والموت، مواجهة الناس أو الحديث أمامهم ، والرفض والنقد ، والجنس الآخر ، الوحدة، والجنس .. إلخ ضمن الأشياء التى كثيرا ما تكون موضوعات مخاوف المرضية.

أما الإكتئاب فهو مرض عصابى آخر نصادفه كثيرا هذه الأيام . وما ن شخص منا الا وانتابته لحظات فى عمره – أثر أزمة خارجية ، أو فقدان ريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر لى البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد ، لهذا تسمى مثل هؤلاء

مصابين بالإكتئاب. ويكون الإكتئاب مصحوبا فى كثير من الأحيان بالقلق واليأس ، والأرق ، ومشاعر الذنب المبالغ فيها ، وفقدان الشهية ، والبكاء المتكرر - وانعدام الثقة بالنفس ، والتأنيب المستمر للذات ، وعند نشأة الإكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد ، وعلاقاته الإجتماعية تتقلص ، ويتقوقع الشخص على ذاته فى خيبة أمل ، وعجز. ويتجنب المكتئبون ، التعبير عن العدوان والكراهية أما بسبب شعورهم الشديد بالذنب فى التعامل مع الناس ، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدى إلى رفضهم من قبل الآخرين. فهم أيضا يخافون من الرفض الإجتماعى ويهلعون منه هلعا شديدا .. ويتصيدون رضاء الناس .. ويتيهون بالرغم من هذا ، أو بسبب هذا إلى ادانة الآخرين ، وادانة أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين- وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس نادرا أن تنتهى حياتهم فى الحالات الشديدة بالانتحار : ذلك التصرف اليائس الذى يبدو فى نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته .

ولعلكم تلاحظون أن الإكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه بعكس القلق الذى يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل ، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضى وأحزان ما فات . لكنهما عادة ما يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الإكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن ، وعدم فاعلية وقلق تؤدى أيضا إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الإكتئاب العصابى إلى ذهانى. وهذه هى الحالات التى تنتهى

يطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين
ينة لهم بأنهم عديمى النفع والجدوى . وفى هذه الحالات الشديدة من
كتئاب يقيم الشخص إعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل
جج التى يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودى شكل آخر من الإضطرابات الإنفعالية التى دخلت
رح علم النفس حديثا . وهو مثل الإكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه
اعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها ، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله.
أيضا كغيره من أنواع العصاب الأخرى له إضطراباته الوجدانية ،
كريةوالسلوكية . فمن الناحية الوجدانية ، يكون الشعور الغالب هو
سساس بالملل والفراغ ومشاعر بالإكتئاب المتقطع . ومن الناحية الفكرية
يطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها . أما من
حية السلوكية ، فان الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأى نشاط ، أو
مضى فى حياته . ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التى
كها الشخص بمهارة مبررا بها احساسه ومشاعره وتقاعسه عن أداء
طاته المعتادة . والقلق الوجودى كالإكتئاب من حيث أن كليهما يحكمهما
راق فى الحزن ، ومشاعر الإغتراب ، واللاجدوى . لكن ما يغلب فى
لات القلق الوجودى هو اللاإكتراث وغياب المشاعر القوية،
دان الاحساس بوجود أى معنى للحياة ، أما ما يغلب على
ئب العادى فهو الحزن والإنقباض . وكما فى القلق العصابى
كتئاب ، فان القلق الوجودى دائما ما يكون مصحوبا بأعراض
كتئاب ، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه
شبه .

ويسمى القلق الوجودى كذلك ، لأن ابرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين من أمثال "البرتكامو" و "جان بول سارتر" و "آرثرميلر... " الخ . ولعل القارىء الذى يود أن يتأمل فى حالات نموذجية من القلق الوجودى أن يقرأ روايتى "الغريب" لألبير كامى، ومسرحية "بعد السقوط" لآرثر ميلر . فكلا البطلين " ميرسول" فى رواية الغريب ، و "كوينتين" فى مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيدا طيبا لهذا العرض .

وفى الأدب العربى ، وجدت حالات القلق الوجودى فى روايات مثل "اللص والكلاب" و " السمان والخريف " لنجيب محفوظ ، "وموسم الهجرة للشمال" للطيب صالح . ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارىء حالة من القلق الوجودى، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء الأشخاص ، ربما بسبب مشاعر اللا إكتراث الحادة التى تجعل من هؤلاء الأشخاص ينظرون شزرا لأى خدمة مهنية(٧) ، أو ربما لأن كثيرا من هذه الحالات يتم تشخيصها خطأ على أنها اكتئاب نفسى .

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب ، يسيطر فيها القلق والخوف والإكتئاب ، فان هناك نوعا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلى من كل هذه الهموم ، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة ولا تقبل الجدل . وفى هذه الطائفة يوجد الهيستيريون .

والهيستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها فى شكايات جسمية ليس لها أساس فعلى يمكن للطبيب علاجه . ولا شك أن الهروب من الأشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال . لهذا توجد الأعراض الهيستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين فى الذكاء . ومع ذلك فان الهيستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض ، لأن

الاستجابة الهيستيرية تحدث دون تحكم المريض وبرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهيستيرى، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره فى أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوى فى مراكز الأبصار. والفتيات أكثر استهدافا للاصابة بالهيستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف فى الرعاية، ومن ثم تهتم اهتماما بالغا بالشكاوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهيستيريا العمى الهيستيرى، والصمم الهيستيرى، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التى تتألف منها الهيستيريا. والهيستيريا غالبا ما تخدم هدفا ثانويا، فهى تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجعله مركزا للإهتمام والرعاية، ويؤدى التركيز على الشكاوى الجسمية فى نفس الوقت إلى أبعاد الشخص عن التفكير فى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط فى العالم الخارجي. لذلك تؤدى إزالة الأعراض الهيستيرية إلى ظهور القلق فى بعض الحالات.

وهناك أيضا السيكوباثيون أو من يسمون أحيانا بالجانحين. وهؤلاء لاتبدو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الاطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف فى إحساسهم بالام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن بإستقصاء عدد كبير من البحوث التى قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية يختلف فيها الجانحون عن العاديين هى :

١ – ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتشاف الضوابط الداخلية.

٢ – البطء فى بعض أنواع التعلم.. خاصة التعلم الذى يحتاج للوعى بمعايير وقيم المجتمع.

٣ – مواجهة الأحباط بالأندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

٤ – ضعف المشاركة الوجدانية، والعجز عن تقدير مشاعر الأخرين.

ولأن السلوك الجانح دائما يظهر فى شكل معاد للمجتمع، فانهم يدعون أحيانا بالمرضى الإجتماعيين (سوسيوباثيين) وبرغم من أن الجريمة هى السلوك الذى تلجأ اليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة، فان هناك أنواعا أخرى من الانحرافات التى تشيع فى هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويظن خطأ بأن المدمنين على الخمور والعقاقير من هذه الفئة. غير أن المدمنين مشكلات خاصة، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين غالبا ما يتشيعون لهذه الإضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانى مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التى تضم الذكور والإناث، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاقتحام واختراق القانون، بينما تقوم الإناث بعملية التشجيع والتحريض.

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الإضطراب النفسى ففيهم من العصاب: القلق، والتوتر، والصراعات الداخلية، وفيهم من الذهان: العدوانية، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى **بالجناح الإجتماعى** الكاذب ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التى ينتمى إليها سلوكا لائقا، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من هم خارجها. وقد تبين فى دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح، أن بينهم من هم

أسوياء من الناحية النفسية ، لكنهم يحملون قدرا مرتفعا من الكراهية نحو السلطة ، ويرفضون قيم المجتمع الخارجى الذى لا تنتمى له جماعة الجانح. ولا شك أن من قرأ رواية "الجريمة والعقاب" لديستوفسكى سيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكانب(٨) .

نحن نكتفى إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة فى ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل فى الحقيقة كل الإضطرابات والشكاوى التى نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضا الشكاوى التى بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثا، وتلك التى تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى اصابة وظائف الجسم باختلال كارتفاع ضغط الدم ، والربو ، والقرحة ـ وغيرها من طائفة الإضطرابات التى تسمى بالأمراض السيكوسوماتيه . ولعل القارىء يغفر لنا قصور هذا العرض ، ولعله أيضا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلى والسلوك الشاذ ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية الممهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشرى. ولعل القارىء الذى يود مزيدا من الإستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم ١، ٥ (ب) المسجلة فى قائمة المراجع العربية.

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن اثارته تخدم أيضا مبرراتنا فى تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية، ويتعلق بمدى انتشار هذه الإضطرابات. فالى أى مدى تنتشر الإضطرابات النفسية والعقلية ؟

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصابيين يتراوح ما بين ٢٠:٣٥٪ من عدد سكان أى دولة . والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الإضطرابات النفسية والعقلية أو الإجتماعية قد تكون أكبر من هذا اذا ما لاحظنا بأن فى حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالإضطراب ، وأن الأمور أفلتت من يده ، أو يعانى من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبى وأن أسلوبه فى الحياة لم يعد يجدى معه.

ويقرر مركز الخدمات الصحية فى احدى الجامعات الانجليزية أن ٤٪ من الرجال و ٥٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. وإذا أتخذنا من هذه النسبة محكا ، فان نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكى ، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و١١٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة، و١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبى بين لحظة وأخرى، و٢٣٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١٪ فى المجتمع. والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال ، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب (٩).

وقد يتبادر لذهن القارىء أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهى ليست مقياسا لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات

النامية ، التى تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الإضطرابات النفسية . لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الانثروبولوجى * يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد فى كل المجتمعات التى درست. بالرغم من أن هناك بعض الإضطرابات التى قد يقل ظهورها فى المجتمعات البدائية ، كالأمراض السيكوسوماتية (إرتفاع الضغط، والقرحة .. إلخ) التى ترجع إلى إضطرابات العمل وضغوطه ، إلا أن هناك إضطرابات أخرى تسود فى المجتمعات الأفريقية ، ولا تسود فى المجتمعات الغربية كجنون السعار فى بعض المجتمعات الأفريقية. لكن الذى لاشك فيه أن الإضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرا على المجتمعات الغربية - وأنها تشكل فى الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية - ففى مسح اجتماعى لحالات الفصام المزمن فى مناطق "غانا" الافريقية ، وجد أن نسبة الفصاميين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩٪ من عدد السكان - فى مقابل ٨٪ من عدد السكان فى أوربا وأمريكا. وفى دراسة حديثة أجريت فى ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمه تبين أن ٣٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الإضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الايداع فى المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٣٧٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب.

* يهتم علماء النفس الأنثروبولوجى بدراسة السلوك البشرى فى المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة .

أما فى العالم العربى فاننا نعتقد بأن الامر لا يختلف كثيرا . صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة ولكن بعض الدراسات المحدودة . قد تفى بالغرض . ففى دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر(١٠) تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين ، يتلوهم الامريكيون ، ثم الإنجليز. كذلك أجرى غالى(١١) دراسة على ١٨٨٣ فردا من المقيمين فى الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جميعا أسئلة وإستفتاءات مماثلة تماما لإستفتاءات أستخدمت فى إنجلترا ، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الأستقرار الإنفعالى فى داخل المجتمع الكويتى(١١) . وقد سمحت لنفسى أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة فى المجتمعات الغربية (الأنجليزية والأمريكية) لكى تتضح لنا بعض الفروق. وكما فى بحثنا السابق تبين هنا أيضا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث إرتفاع مستويات القلق والإضطرابات العصابية. فلقد إزداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزى. وفى داخل المجتمع الكويتى ترتفع (ولاسباب غير معلومة) الميول العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية ، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هى فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن ، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الإستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتتبع أهمية هذه النتائج فى أنها تساعد على تخطيط أى برامج وقائية لمواجهة الإضطرابات النفسية قبل إستفحالها .

وفى دراسة أخرى حديثة (لم تنشر) ، قمت بإعطاء الترجمة العربية من مقياس تأكيد الذات (الفصل السادس) لثلاثمائة طالب وطالبة فى المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا . ومن المعروف أن هذا المقياس يساعد على إكتشاف جوانب العجز عن تأكيد الذات والثقة فى مواجهة الآخرين ، ويساعد على تشخيص جوانب الفشل فى التعبير عن الإنفعالات والحاجات النفسية بشكل ملائم . وهى جوانب من المعروف أن زيادتها تدل على القلق الإجتماعى وميول الإنسحاب والأنزواء والعصاب . وتبين النتائج فى مجملها أن مايقرب من ٥١,٦٪ من العينة عبرت عن العجز عن تأكيد الذات وإنخفاض الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الإجتماعى . وقد إزدادت النسبة فى العبارات الآتية :

- هل أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة ؟ (٩٦٪ أجابوا بنعم).
- هل تحافظ أحيانا على هدوئك بحثا عن السلام؟ (نعم ٨٥٪).
- إذا ضايقك قريب تحترمه هل تخبىء مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقى؟ (نعم ٧٥٪) .
- هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟ (نعم ٦٥٪).
- هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟ (نعم ٦٥٪).

- هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام ؟ (نعم ٥٧٪).
- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟ (نعم ٧٣٪).

وفى دراسة مماثلة على نفس العينة السابقة قمنا بإعطاء مقياس للخجل الإجتماعى ونظرا للنتائج الممتلئة بكثير من الدلالات عن إنتشار هذه الظواهر فى مجتمعاتنا العربية نوضح فيما يلى بنود هذا المقياس وإجابات الطلاب على كل بند منها .

جدول (١)

الخجل الإجتماعى فى مجتمع عربى

(العدد = ٣٠٠ من عينة جامعية مختلطة)

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » ٪
١- أشعر بالهدوء حتى فى المواقف الإجتماعية الجديدة وغير المألوفة .	٥٠,٥٠	٤٩,٥٠
٢- أتجنب المواقف التى أجد فيها نفسى مرغما على الإختلاط وتبادل الأحاديث الإجتماعية مع الآخرين .	٤٤,٨٥	٥٥,١٥
٣- من السهل على أن أكون هادئا وعلى راحتى مع الغرباء.	٩٥,٥٥	٤٠,٤٥

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » ٪
٤- أشعر برغبة خاصة لتجنب الإلتقاء بالأخرين .	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٥- عندما أتحدث مع رؤسائى "أو اساتذتى" أبادلهم الأحاديث برغبة صادقة .	٧٦,٨٠	٢٣,٢٠
٦ - أتجنب الإنضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحادث فيما بينها .	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٧ - أشعر بالحرج عندما أكون وسط مجموعة من الناس .	٤٢,٨٥	٥٧,١٥
٨ - أميل للإنسحاب والبعد عن الأخرين .	٢٧,٠٠	٧٣,٠٠
٩ - لا أشعر باى حرج من الحديث مع الناس فى الحفلات أو اللقاءات العامة .	٦٥,٥٥	٣٤,٤٥
١٠- لا أشعر بالمرة بهدوئى وراحتى عندما أكون فى وسط مجموعة كبيرة من الناس .	٦٠,٠٠	٤٠,٠٠
١١- أختلق دائما الأعذار عندما تتاح الفرصة للإجتماع بالأخرين أو الإلتقاء بهم فى حفل أو رحلة .	٤٠,٢٠	٥٩,٨٠

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا «لا» ٪
١٢- أقوم أحيانا بتعريف الناس بعضهم بالبعض الأخر.	٦٢,٧٥	٣٧,٢٥
١٣- أتجنب المناسبات الرسمية والإجتماعات .	٤٢,٢٥	٥٧,٥٥
١٤- عادة لا أفوت أى إجتماع	٤٧,٨٥	٥٢,١٥
١٥- من السهل على أن أشعر بالهدوء والإستمتاع بلقاء الأخرين	٦٤,٧٥	٣٥,٢٥

المتوسط العام للخجل الإجتماعي ٤٥،١٣٪

ومن الواضح من الجدول أن الخجل والإنسحاب من التفاعل فى المواقف الإجتماعية تنتشر بين ما يقرب من٤٥٪من أفراد العينة وهى نسبة عالية دون شك. وإذا لاحظنا أن الخجل الإجتماعى يمثل أحد المظاهر العصابية(١٢) - فإن هذا الجدول يدل بشكل عام على أننا عرضة كغيرنا من الدول للإصابة بالأمراض النفسية بنسبة مقاربة أو أعلى قليلا.

والآن هل تتجه الإضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب ضغوط الحياة الحديثة ؟ .. أجل .. ! فتزايد المعرفة بموضوعات علم النفس والإضطرابات النفسية تؤدى إلى زيادة فى إكتشاف الإضطرابات، والتوصية بعلاجها . لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الإضطرابات أكثر من الجوانب الأخرى.

ففى حالة الذهان لاتحدث الزيادة بشكل مضطرد - بل أن هناك هبوطا فى معدلات الإلتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥م . وجاء هذا مواكبا للنجاح فى إكتشاف بعض العقاقير والمهدئات . لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين فى المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية . ويدل هذا على أن العقاقير تهدىء من شدة الأعراض، ولكن آثارها العلاجية غير حاسمة . ومن ناحية أخرى ، فهناك زيادة فى عدد الذهانيين بعد سن ٥٥ فى الدول الغربية ، غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التى بدأت تقدم بكرم وسخاء نحو المسنين مما يؤدى إلى تطور الأساليب التشخيصية التى ساعدت على إكتشاف الإضطرابات الذهانية بين المسنين. ولهذا فإن الزيادة التى يلاحظها قد تكون نتيجة لتطور وسائل إكتشاف الإضطراب ، ولايعبر عن زيادة فعلية فى الإضطرابات الذهانية لدى المسنين.

أما بالنسبة للأعراض النفسية : القلق والإكتئاب ، فيبدو أنها فى تزايد مستمر بالرغم من إزدياد تعاطى العقاقير المهدئة . وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تتزايد فى دول العالم النامى . ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين فى هذه الدول لتبنى قيم المجتمعات الغربية المادية ، يخلق ضغوطا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضا زيادة فى الجريمة والجناح بصفتهما نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح فى مجتمع رأسمالى . ويقرر عزت حجازى (١٢) أن الإتجاه نحو الادمان وشرب الخمور وتعاطى العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات فى المجتمعات العربية . صحيح فيما يلاحظ حجازى أن التعاطى والادمان ما زال محدودا، إلا أنه بدأ يشهد موجة من الإزدياد منذ أوائل السبعينات شاملا الذكور،

تمس فئات من الإناث ، وطلبة الجامعة ، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وبالرغم من أن حجازى يريد أن يوحى بأن تلك الإضطرابات وغيرها من مشكلات إجتماعية ترتبط بالإغتراب والتغير الإجتماعى وغيرها من العوامل الإجتماعية ، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولاتظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الإجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الإتجاه إلى بعض السبل البناءة. ممايدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية ، تحكم حتى الإضطرابات فى السلوك الإجتماعى كالجناح والجريمة والإدمان . ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير النظم الإجتماعية فى الوقاية والعلاج ، خطط نفسية تولى إهتمامها للفرد وإضطراباته . ويقودنا هذا الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية والسلوك الشاذ .

آن الآن أوان الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية . وسنعرض لثلاثة مصادر هى الوراثة ، والتعلم الإجتماعى ، والضغوط أو الأزمات البيئية .

وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيل وحده باحداث الإضطرابات النفسية ، الا أن الإضطراب النفسى يحدث عادة بسبب إلتقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. لهذا فالحديث عن أن الوراثة هى السبب، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدى إلى زيادة نسبة حوادث السيارات فى بلادنا : ضعف التدريب على القيادة، أم تزاحم السيارات فى الطرق والميادين ؟.!

أ - والحقيقة أن الشخص يولد ولديه استعداد وراثى ضعيف لتحمل الضغوط، والتداعى أمام الكوارث، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحديثة.

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الإضطراب: الفصام أو القلق أو الميل للجنوح. لكن هذا لا يعنى أن تلك الإضطرابات موروثة، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخا مضطربا مؤثرين بذلك تأثيرا مباشرا على الطفل فى إختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة.

ومن أفضل الطرق للحسم فى تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة. فالتوائم المتطابقة هى التى تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى - بحيث أن الاختلاف الذى يحدث فى سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعا لعوامل التعلم الإجتماعى. أما التوائم الاخوية فهى تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لايزيد عن التشابه بين الاخوة فى الرضاعة. وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الاخوية فى ظروف إجتماعية مختلفة لوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلا من التوائم الأخوية فى جانب معين، فان هذا يعنى أن هذا الجانب موروث إلى حدما. ويبين الجدول الآتى النسبة المئوية لأنتشار الإضطرابات النفسية بين التوائم وهى مثيرة للتأمل بحق.

جدول (٢)

نسبة الإضطرابات العقلية بين التوائم

نوع الإضطرابات	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة ٪	نسبة التشابه بين التوائم غير المتطابقة ٪
الفصام	٦٧ : ٨٦	١٠ : ١٥
الهوس والإكتئاب	١٠٠ : ٧٠	١٥ : ٢٩
الانحرافات السيكوباثية	٢٥	١٤
العصاب (القلق والهيستيريا)	٥٣	٢٥

ملحوظة:

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية، مرجع رقم ٥ / (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج عديد من الدراسات.

والذى نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الإضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيا، دون أن يلغى هذا دور العوامل البيئية والا بلغت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة فى المائة. غير أن هناك بعض الإضطرابات تمنح الوراثة فيها إستعدادا قويا للإضطراب، ويزداد تدخل الوراثة فى الأمراض العقلية (الفصام والهوس والإكتئاب) يتلوها العصاب ثم الإنحرافات السيكوباثية والجنوح.

ب - يقرر الجدول على أية حال ، أن الوراثة وحدها لا تحدث الإضطراب السلوكى وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية فى مراحل الطفولة - هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الإضطراب النفسى - السلوكى يرتبط بأساليب محددة من تنشئة الاطفال ، وأن كل إضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لاتظهر فى الإضطرابات الأخرى(١٤).

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد ، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف فى المواقف الإجتماعية. وتنتهى هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه وإكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التى تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدنى ، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهيستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهيستيرى (أو الهيستيرية) تكون من النوع الذى يسرف فى الرعاية ، والسيطرة، وتولى اهتمامها للشكاوى الجسمية ، والأمراض البدنية. ويؤدى هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية فى مواجهة الأحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر مانسميه بالهيستيريا .

والفصام يظهر غالبا لدى الأشخاص النين يتعرضون فى طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من

إكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص فى إكتساب وتعلم المهارات الإجتماعية التى تساعد على التكيف الفعال ، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شيقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب ، ولكنهن مسرفات فى الرعاية فى نفس الوقت. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامى فى فهم العلاقات الإجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس ، إنما يتسبب عن إضطراب التوصل بينه وبين الأبوين فى الفترات المبكرة. أى أن الفصامى لم يجد نماذج من الإتصال الجيد فى داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها فى تفاعله مع المواقف الإجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الإتصال بين الأم والفصامى يأخذ ما يسمى بشكل الرسائل المزدوجة (١٣) فالام تتصرف بطريقة معينة لكنها تتوقع إستجابة مختلفة. بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين ولكنها رسائل تتضمن فى الوقت عينه بعض المعلومات التى تتناقض مع ذلك تناقضا ملحوظا. لذلك يصبح الطفل الضحية المحكوم عليها بالفعل مهما كان قرارها أو إختيارها. ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه فى الحادثة الآتية التى حدثت على مشهد من الكاتب نفسه فى إحدى مستشفيات الطب العقلى بالولايات المتحدة.

مريض فصامى فى السابعة عشر من عمره كان فى أسبوعه الخامس فى المستشفى عندما حدث ذلك. فبعد أن أجتمعت ملاحظاتنا الإجتماعية والنفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكا إجتماعيا إيجابيا جاءت أمه فى نهاية الاسبوع لزيارته .. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت " : ألا تخجل من

تفسك بعد هذه الفترة أن لاتسرع بتقبيلى" ولما قام بذلك أحمر وجه الأم ، وأبعدت جسمها عنه بحذر، أحمر وجه الشاب ، وبدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه أنتكس وأتجه من جديد للإغراق فى ذاته .. والبعد عمن حوله .

هاهنا مثال واضح للغموض فى الإتصال المحير فالرسائل التى ترسلها الأم متناقضة فهى فى الظاهر تعنى المحبة والمودة - ولكنها فى مضمونها تحمل معنى مضادا* . فتكون إستجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة ، وفاشلة إذا أظهرها . ومثل هذه الأنماط من السلوك الإجتماعى تعد الطفل لكى يسلك على نحو فصامى فى مرحلة الرشد . وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا فى المراهقة المتأخرة ، بعد إستعداد للفشل (من مصدر وراثى وإجتماعى) فى علاج المشكلات المتعلقة بالدرسة أو العمل. وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامى لمواجهة إحباطات الحياة فى شكل الإنسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والأشباعات الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة.

أما الإكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوى الضمير القوى الصارم، يتجهون للوم النفسى الشديد عند حدوث أشياء خاطئة. وتتضمن

* يجنح بعض الآباء والأمهات إلى إظهار النفور والعقاب للابن باسم المحبة احيانا وهذا نموذج أخر للوسائل المزدوجة .

أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والإضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون للغة التواصل الإجتماعى والحساسية للآخرين ، والذين لايشجعون أبناءهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء. ويبدو أن المعتقدات الثابتة التى يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون فى الأصل تبرير للتضخم فى إدراك الذات ، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل فتبدو تلك الأزمات عديمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية.

جـ- تعجل الازمات البيئية بظهورالإضطرابات . ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفى وحدها لظهور الإضطرابات السلوكية كما يحدث فى معسكرات الإعتقال. ولكن الإضطرابات التى تستثيرها تلك الأزمات لاتكون دائمة فى الشخصية.

ويتحدد شكل الإضطراب السلوكى بطبيعة الأزمات البيئية. فأنواع الإنهيارات التى تحدث أثناء الخدمة العسكرية ،تختلف عن أزمات الأمتحانات الدراسية. وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الإضطراب النفسى. ففى الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندى أمريكى إلى مرضى لأسباب نفسية. أما معسكرات الاعتقال فهى أيضا مصدر خصيب للإضطرابات السلوكية. ففى معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا " بتلهايم" أن كل المعتقلين تقريبا تعرضوا لإضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءا من حالات النفاق

والكذب وإنتهاءا بالأنهيارات الشبيهة بالذهان كالإكتئاب والسلوك الفصامى . وتكون العــزلة الإجتماعيــة ، وضعف حجم الأتصالات الإجتماعية والهجرة تكون سببـا للإضطراب السلوكى ، ونتيـجـة له فى نفس الوقت. فنسبـة الفصـام بين العزاب تبلغ أربعة أضعـاف نسبـتـهـا بين المتزوجين ، وتصل بين الأرامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الإضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة إجتماعية ، فان نسبة العزلة تزدادلدى الفصاميين والحالات الإنتحارية. وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الإجتماعية علامة على تزايد الإضطراب لدى الشخص. لهذا فإن تقوية الروابط الإجتماعية ، وتشجيع الأنتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الإضطرابات النفسية فى الوقت الراهن.

وتحدد الشخصية شكل الأستجابة بالإضطراب السلوكى الشديد للأزمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (كالإعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالإضطراب والأنهيار بينما تكون استجابة الشخص الاخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادى إلى فشل ذريع عند بعض الأشخاص نتيجة لانهم يضعون مستوى مرتفعا من الطموح ، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الفعلية المبكرة للشخص فى رسم إستجاباته فى مواقف الأزمة ، فقد يستجيب بالقلق الشديد لنقد من رئيسه فى العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الإضطراب أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءا من الإضطراب لاتسببه الأزمات البيئية —

الإجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكنا وإحساسنا النفسى بها .

ومن المشكلات المتعلقة بتأثير البيئة الإجتماعية أن ذوى الأستعداد النفسى السريع للإنهيار، غالبا ما يستجيبون اكثر من غيرهم بالإضطراب لأزمات الحياة كالعزلة ، أو الطلاق. فهل يكون الأنهيار نتيجة لهذه الأزمات ؟ أم أن الفرد بسبب إستعداداته للإنهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف ، ويراها على أنها مثيرة للإضطراب بينما هى ليست كذلك ؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة أن نوضح ما يسمى بمفهوم الحلقة المفرغة فى تفسير الإضطرابات النفسية. خذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبى الذى يشكو من عدوانية وتهجم القرين .. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثانى؟ أم أن عدوان الثانى هو الذى يشكل سلبية الطرف الأول وإنسحابة ؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد فى مجال البحث العلمى ، فإن هناك ما يشبه الأتفاق على وجود حلقة مفرغة فى تفسير أى إضطراب نفسى ، وممارس العلاج النفسى غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أى زاوية ممكنة ، فهو قد يشجع المريض على إتخاذ موقف إيجابى وواثق دون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر ، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغير البناء (ظهور السلوك الأيجابى سيوقف عدوانية الطرف الآخر. وتوقف العدوانية يؤدى إلى مزيد من تدعيم السلوك الأيجابى والبعد عن السلبية. إلخ)* . وتأثير العزلة الإجتماعية (كالهجرة ،

* قد يبدأ العلاج ايضا من الشخص العدوانى نفسه بأن نطلب منه التقليل من عدائه .

والعزوبية والطلاق) على ظهور المرض العقلى يثير حلقة مفرغة من هذا النوع. فهل العزلة هى التى أدت إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهون إلى العزلة بسبب إثارتهم للإشمئزاز والنفور فى الآخرين، وإتخاذهم لقرارات خرقاء؟ المرجح فيما أوضحنا من قبل أن العزلة الإجتماعية تكون سببا للإضطراب العقلى ونتيجة له فى نفس الوقت.

الخلاصة

يعبر الإضطراب النفسى والعقلى عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ماينطلق عليه سلوكا سليما ، أو عاديا أو ناضجا. والإضطراب أو المرض النفسى لايحق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما معا. ويؤدى المرض النفسى إلى إثارة إضطرابات شاملة فى سلوك الإنسان قد تشمل حالته الإنفعالية، أو تفكيره أو سلوكه الإجتماعى ، أو وظائفه العضوية والجسمية ، أو كل هذه الأشياء مجتمعة فى وقت واحد. وإذا غلب الإضطراب على الناحية الإنفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى بالإضطرابات العصابية كالقلق والهيستيريا والمخاوف المرضية والإكتئاب ، وإذا كان مصدر الشذوذ إضطرابا فى التفكير تكون ما يسمى بالمرض العقلى (الذهانى) بأشكاله المختلفة من فصام ، وهوس ، وبارانويا. وتنشأ الجريمة والجناح (الأنحرافات السيكوباتية) بسبب إضطراب السلوك الإجتماعى. وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالأرتفاع فى ضغط الدم ، والربو والقرحة علامة على أن الإضطراب النفسى يؤثر فى الوظائف العضوية والبدنية للإنسان. وفى كل نوع من أنواع هذه الإضطرابات ، يشمل الإضطراب الوظائف الأخرى. فالإضطراب فى حالة القلق مثلا يصيب الجوانب الوجدانية ، والجسمية ، والسلوكية ، والعقلية - ولو أن مصدر الإضطراب هو الوجدان أساسا.

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات إجتماعية وعقلية أخرى تعانى منها المجتمعات المتقدمة الغربية والأشتراكية ودول العالم الثالث على

السواء. وقد بينا بالأعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى إنتشار الإضطرابات العقلية فى العالم العربى والغربى. وتحدث الإضطرابات النفسية بسبب إلتقاء الوراثة، والأساليب الخاطئة فى التنشئة فضلا عن الضغوط والأزمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الإلتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. وإلتقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التى يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

١ - هانز ايزنك، الحقيقة والوهم فى علم النفس، ترجمة قدرى حفنى و رؤوف نظمى، القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٩.

٢- عبد الستار ابراهيم، السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة، فى كتاب: السلوك الإنسانى: نظرة علمية، تأليف عبد الستار ابراهيم، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا، القاهرة: دار الكتب الجامعية، ١٩٧٧ ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكولوجى العلمى للظواهر.

٣ - للمزيد عن الفروق بين العصاب والذهان أنظر:

Hans Eysenck (1978). You and Neurosis Britain, Glasgow:Wiliam, Collins Sons.

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذى يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسى العصابى.. وما يميز الذهانى (المريض العقلى) عن العصابى.. ويتبنى المؤلف وجهة نظر الطب النفسى التقليدية التى ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب - أى أن الفرق بينهما فرق فى الدرجة.

غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الأمراض.

٤ - أنظر :

Milton Rokeach (1964). The Three Christs of Ypslanti.NewYork Alfred Knopf 1964 .

٥ - للمزيد من الأمراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الإضطرابات النفسية الأخرى أنظر :

(أ) ايزنك ، الحقيقة والوهم فى علم النفس ، مرجع سبق ذكره فى "١"

(ب) شيلون كاشدان ، علم نفسى الشواذ ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتى ، الكويت : دار القلم ،. ١٩٧٧ أنظر بشكل خاص الفصل الثانى من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أمراض السلوك الشاذ .

٦ - تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية :

(أ) مخاوف من الحيوانات كالعناكب ، والقطط .. إلخ .

(ب) مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة ، أو الخوف من الناس الغاضبين ، أو الخوف من المشادات ... إلخ .

(جـ) الخوف من الموت والأذى كالخوف من الدم ، والجروح والموتى ورائحة العقاقير ، وحوادث السيارات ..

(د) المخاوف ذات الشكل الأخلاقى ، كالخوف من الأنتحار والعادة السرية والعذاب فى الآخرة والجنس .

(هـ) الخوف من النقد الإجتماعى ، كالخوف من التجاهل والنبذ ، والنقد .ألخ

(و) الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة ، أو الدخول إلى الأماكن المظلمة .

(ز) الخوف من الأماكن الخطيرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة ، والأماكن المزدحمة والأماكن الفسيحة..إلخ للمزيد من التفاصيل أنظر :

.Eysenck. You and neurosis Op. Cit P.73

٧ - للمزيد من القلق الوجودى أنظر بالانجليزية.

Salvator Maddi(1969).TheExtential Neurosis, In David Rosenhahn and Perry London (eds) Theory And Research in Abnormal Behavior New York : Holt Rinehart and Winston,(pp.222-329).

٨ - هناك أيضا إنحرافات يطلق عليها إنحرافات " ذوى الياقات البيضاء." وهى تشيع فى أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل فى الهروب من دفع الضرائب ، ومتطلبات الأنفاق الزائف ، والانحرافات فى مجال العمل كالإختلاسات وغيرها ،

أنظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل ارجايل ١٩٧٨ علم النفس والمشكلات الاجتماعية، ترجمة عبد السر ابراهيم ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٨ (الطبقة الثانية) .

٩ - أنظر ميشيل أرجايل ، المرجع السابق الفصل السادس. الصحة النفسية والإضطراب العقلى .

١٠- أنظر :

Abdul Sattar Ibrahim (1979) Extroversion and neuroticism across cultures. ***Psycholocal Reports****, 44, 709-803.*

١١- أنظر:

محمد أحمد غالى (١٩٧٥) دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية بأستعمال مقياس أيزنك فى البيئة الكويتية، الكويت.

١٢-عزت حجازى(١٩٧٨) الشباب العربي والمشكلات التى يواجهها الكويت، عالم المعرفة.

١٣- كاشدان ، علم نفس الشواذ ، مرجع سبق ذكره.

١٤- لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة الأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين أنظر :

مصطفى أحمد ابراهيم تركى (١٩٧٤) الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء : دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت ، القاهرة : دار النهضة العربية .

الفصل الثانى
شىء عن العلاج النفسى عبر العصور

يمكن أن نطلق على الأسلوب العلاجى المتضمن فى هذا الكتاب إسم "العلاج السلوكى" أو " تعديل السلوك" وهو منهج يعتمد فى تناوله للسلوك المضطرب على أساس نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التى نعتنقها وفق هذا التصور فى أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به وإستجاباتهم له ، كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة فى إستجابته للبيئة. ويتم ذلك تدريجيا ومبكرا فى حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد ، وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للإضطرابات النفسية والعقلية بتجسيد أعراض هذا الشذوذ وإتجاهاته. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها إنفعاليا ، قلنا أنه يعانى من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياه بصورة غير المكترث أو الحزين المتشائم الذى يتوقع دائما الضرر.. وصفنا شذوذه هذا بالإكتئاب. ونصف سلوكا شاذا آخر بالفصام ،إذا تميز صاحبه بالإستجابة الغريبة التى تشوه من الواقع وتدركه على نحو غير مألوف وغير واقعى ... وهكذا.

ونحن نسلم أيضا بأن ما نتعلمه يمكن أن لانتعلمه ، أو أن نتعلم

أساليب أفضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحيانا فى سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة. لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعنى بأن العلاج أو تعديل السلوك شىء مستحيل.. تحت نفس الأستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمى جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة. وهدف العلاج السلوكى هو أن يوجه السلوك - بغض النظر عن مسببات وراثية، أو إجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة فى ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

وسنجد أن كل الأساليب التى سنتعرض لها تقريبا تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية * والقضاء عليها .. تلك الأعراض التى ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذى يمكن ملاحظته وبالتالى يمكن ضبطه .. أو إستبداله .. أو توجيهه وجهات بناءة. بعبارة أخرى فإن مناهج العلاج السلوكى الحديث تؤمن بأن العرض المرضى الذى يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه اضطرابات، إن كانت وراءه إضطرابات أخرى.

---

* إذا ما إعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها إنفعاليا قلنا بأنه يعانى من مخاوف وقلق. اما إذا إعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكتوب، أو الحزين دائما وصفناه بالإكتئاب. ونقول عنه بأنه "فصامى" إذا ما كانت إستجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية.

ونجد من الواجب علينا - لكى تتضح - قيمة هذا التطور فى حركة العلاج النفسى الحديث - أن نكشف عن النظرة التى إعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ.

فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الإضطرابات مسألة هينة. فقد شغلت الناس منذ القدم، كما لاتزال تشغلنا الآن. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. ووضعوا تصنيفات وأنواعاً لها، تماما كما يحاول الأطباء النفسيون الآن. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو فى الكيفية التى تناولوا بها هذه الإضطرابات، والكيفية التى حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط.. ولا شك أن سياحة بسيطة فى تاريخ العلاج النفسى ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن نتجه له خطواتنا التالية. وفى المستقبل.

نظرة الإنسان القديمة للأمراض النفسية:

لقد كان الأعتقاد الشائع فى العصور القديمة أن المرض النفسى أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر فى الإنسان تأثيرا ملحوظا. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى أخرى بحسب بعض الأرتباطات الخاصة بالتطور البيئى. ولكن مهما أختلفت المسميات فإنها أتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشرى وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت

المرضى العقليين كان فيما يبدو موحيا بالانتقال إلى دراسة تلك الإضطرابات بربطها بالمخ تحت إنتشار الطب العضوى.

ومهما يكن من أمر، فإن فكرة الشياطين والجن الذى يلج الجسم الإنسانى ويتخلله لينفث فيه الشر والإضطراب لم تعد ترضى ما توصل إليه التفكير البشرى من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نموا فى التفكير الطبيعى أمتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة فى تطور الطب العضوى وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية أنذاك كانت أيضا من تخصص الأطباء فقد أمتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعى أن يؤدى ذلك التطور إلى تشكل إتجاه علمى قوى فى النظر إلى الإضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة فى تاريخ الفكر البشرى موضوعات قابلة للبحث العلمى وليس لإجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء فى بحوث عن مسببات تلك الأمراض. وساد الاتجاه بأن لكل مرض عقلى سببا مثله فى ذلك مثل أى مرض جسمى، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والإستقصاء، فإننا سنصل فى الغالب إلى إستنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور مازلنا نشهد أثاره فيما يسمى بالطب النفسى (السيكياترى) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسى بقوانين المرض الجسمى، لم يكن ليثير الإحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرا من الحماس الذى يميز علماء العلاج النفسى والسلوكى الحديث فى إبتكار تصورات ونظرات ذات طابع سيكولوجى لمواجهة التحديات التى لم تكن التطورات الطبية قد إستطاعت أن تواجهها فى خلال قرن من الزمان، إنما جاء نتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبى التقليدى الذى ينظر للمرض النفسى نظرته للمرض الجسمى. ففى الأمراض الجسمية دائما ما يكون المرض الجسمى (كارتفاع الحرارة، والصداع وإرتفاع ضغط الدم .. الخ)، نتيجة لإختلالات عضوية أو كيميائية فى الجسم هى الجديرة بالعلاج. ولأن الأطباء أحتكروا عمليات العلاج الجسمى والنفسى معا .. فقد أنتقل المفهوم الطبى والجسمى إنتقالا أليا إلى تفسير الإضطرابات النفسية .. فأصبحت الأعراض النفسية من إكتئاب، وقلق، وهلاوس، وعدوان، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفى وراءها إضطرابات جسمية تتمثل فى وجود إختلالات كيميائية فى المخ، أو تلف فى الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو إختلال فى وظائف الجهاز العصبى أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لايسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وبالرغم من أن العلاج السلوكى الحديث يتضمن طرقا بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية فى حالات الإكتئاب، أو جراحات المخ، أو العقاقير المهدئة فان كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الاساليب تكون محدودة، مالم تصحبها أساليب من التوجية والتربية. فالمريض الذى

يشكو من التوتر النفسي بطريقة تعوق تلقائيته في الحديث أمام الناس على سبيل المثال ، قد يساعده تعاطي بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر .. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه في التفاعل مع الاخرين بطريقة ايجابية؟. هنا لابد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الإجتماعي وان يتخلى عن أساليبه القديمة. وبدون هذا التعلم .. فقد يظل تأثير العقار محدودا أو منعدما .

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام في العقاقير المهدئة أو المنومة ، وتتفق الإحصاءات الإنجليزية معها في إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام. ولا توجد لدينا - للأسف - إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف في إستهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة في الدول العربية .. ولكن لاشك في أن أموالا طائلة مماثلة تستهلك في ذلك. وما يمكن إستنتاجه بشكل عام .. هو أن الإضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التي تصرف في العقاقير لم تتضاءل كثيرا فيما يبدو. قد يقال بأن ازدياد إعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب إزدياد إنتشار الإضطرابات النفسية ذاتها في عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الأدعاء فيما بعد(أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية).

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يتملكه من إضطرابات لم تنته - بإنتهاء إكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلا عن هذا فإن كثير من جوانب العلاج العضوي كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التي تقوم بعلاجها . وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة في كثير من المجتمعات العربية .

إن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج في الثلاثينيات من هذا القرن. وهي تقوم كما سنرى في الفصل الثاني على لصق قطبين كهربيين في فودي المريض ثم يمرر تيار كهربائي يتراوح من ٧٠ إلى ١٥٠ فولت خلال المخ. ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير. ويحتاج المكتئبون في الغالب إلى حوالي من ٦ ١٢ : جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب ٢٥ جلسة. ومن المعتقد أن التشنجات التي تصيب المريض نتيجة لتمرير التيار تؤدي إلى تغير في سلوكه - لكن هناك مايشبه الإجماع على أن العمليات التي يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف. كل ما يقوله الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدي إلى التغير من حالات الإكتئاب لدى الفصاميين والمكتئبين على السواء. أما كيف يتم ذلك فهذا غير معروف .

وإستخدام الصدمات الكهربائية في العلاج النفسي يتم تبريره في مستشفياتنا العقلية على أنها سريعة وسهلة الإستخدام وتوفر وقت الأطباء النفسيين ولكن هذه الحجج تخفي حقائق كريهة ، ومأساوية من حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا . علما بأن نسبة الوفاة

من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد فى كل ألف مريض منهم ٥٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته (٣) Brain damage وتدل دراسات علماء الأعصاب التى تجرى منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد .

فـفى لقاء حديث سنه ١٩٧٨ مع الطبيب النفسى "كارل بريبرام" رئيس معهد النفسى العصبى neuropsychology بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول " إننى أفضل إجراء جراحة فى المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية ـ فأنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الاطلاق "

أضف إلى هذا ، التأثيرات الأخرى التى تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالصداع الحاد ، وفقدان الشهية ، والمخاوف ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً، التأثير على الذاكرة الإنسانية. فقد كشف جانيس Janis(٣) فى دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن "جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لا يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات . " ويضاف إلى هذا أن عدداً من الأشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن ، كما سنرى فيما بعد . غير أننا لازلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماما عن الأنظار. فما يزال كثير من الأطباء النفسيين ، وما تزال جمعية الطب النفسى الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام

تؤكد بأن الإختلالات العقلية هى عضوية فى طبيعتها إلى حد كبير وأن اتنا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل ة وبيوكيميائية . ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر الطريق العضوى لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفسى أو البحث وامل نفسية داخلية.

العلاج العضوى إلى التحليل النفسى :

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبى والبحث عن تفسير نفسى بدأ ستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم أسمه على كل لسان هو سيجمند فرويد ، الذى أفترض بأن الإضطرابات النفسية يمكن ود إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية ، وقوة تعمل بداخل الشخصية سانية قوى يتصارع بعضها مع البعض الأخر. ويؤدى تصارعها إلى ن الأعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الأهتمام ضطراب النفسى من وجود خلل عضوى إلى وجود صراع قائم فى نس ـ ومن العلاج العضوى إلى التحليل النفسى كما سترى فى الفصل انى .

وبالرغم من أن فرويد يعد فى تاريخ للعلاج النفسى من أوائل من دوا وجهة النظر العضوية فى تفسير المرض العقلى ، فإن آثار تخصصه صلى قد جعلته ينقل للمرض النفسى تصورا يختلف فى المضمون ولكنه

يتفق فى المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين عالجوا المرضى العقليين بطريق علاج انواع الخلل العضوى فى المخ أو الجهاز العصبى ، كان فرويد يعالج الأمراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متأصلة فينا بيولوجيا .؟ وقد أثار فرويد – فيما يبدو– النعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هى المصدر الأساسى للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنسانى. وبهذا فإن الأعراض المرضية ماهى إلا علاقات سطحية لإضطرابات وصراعات أعمق فى داخل الشخصية. ولاشك أن هذا التصور ينكر القارىء بشكل ما بنظرة الأطباء للاعراض الجسمية على أنها دلائل على إضطرابات وأمراض كامنة .

ولقد وجهت إنتقادات حادة للتحليل النفسى الفرويدى ، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه(٤)، ويستحيل علينا فى هذا الحيز أن نستعرض كل الإنتقادات التى وجهت للتحليل النفسى طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لاشك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة ودقة لتطلب مجلدا يزيد فى ضخامته عن كتابنا هذا . لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الإنتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسى.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيرا من مفاهيمه التى أبتكرها لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة ، ويصعب تحديدها تحديدا دقيقا . ولهذا يصبح من الصعب جدا إختبار كثير من الفروض التحليلية إختبارا موضوعيا وتجريبيا ، لأنها بنيت على أدلة قصصية وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها.

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التى

كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضى. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدا ضخما ، فقد تضاءل معنى الأعراض ، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيا وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضا من أساسها النفسى ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا – فيما يرى أيزنك– "بدلا من الشياطين والعفاريت ، مركبات أوديب واليكترا. "

وقد أستطاعت نظرية التعليم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالامكان أن نقوم بشيىء حيالها من حيث العلاج لاعن طريق سنين طويلة من التحليل النفسى والتداعى الحر ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفى بوسائل بسيطة من العلاج السلوكى.

من الفرويدية إلى السلوكية :

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن . ففى نفس الفترة التى شهدت "سيجمند فرويد" برز" ايفان بافلوف" فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التى اكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه ، فمنح جائزة نوبل بجدارة: وعلى الرغم من أن تأثير " بافلوف"على علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة كفرويد ، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية فى علم النفس عندما

أستطاع " واطسون" أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف فى الفعل المنعكس لوصف إكتساب الأمراض النفسية وإزالتها . وفى فترة قريبة برز أيضا " سكينر" الذى أستطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب.

إستطاع بافلوف - على أية حال - أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين. وتجاربه فى هذا الميدان مبتكرة .. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر فى النظرة للأمراض النفسية إلا فى فترة قريبة عندما أبدى" واطسون" أهتمامه بتجارب بافلوف بأن أستطاع أن يخلق مرضا نفسيا (وهو الخوف المرضى) لدى أحد الأطفال (ألبرت)بطريقة تجريبية فى داخل المختبر .

لقد كان " ألبرت " فى عامه الأول عندما قام واطسون * بتعريضه لفأر أبيض عدداً من المرات ..... وفى كل مرة يقرع صوتا عاليا مفزعاً عندما يظهر الفأر . لقد كان هدف " واطسون " أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلى (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطى (الصوت المفزع) ، تماما كما كان " بافلوف" يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلى

*أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التى أصبحت زوجته فيما بعد . ومن الغريب ان واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل .. وأستطاع توظيف قدراته الخلاقة فى ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيرا وليخسره علم النفس وتكسبه الدعاية .

(الطعام) والمنبه الشرطى (صوت الجرس) . وقد نجح واطسون فى إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع " ألبرت" الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع. لقد كان ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر ، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب ، والكلاب .. إلخ .

وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى كافة الأمراض النفسية على أنها إستجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للإضطراب النفسى على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسة من الإرتباطات التعسه بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح ايزنك (٥) :

"ترى نظرية العلاج السلوكى بأنه لاتوجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة .. فالأعراض هى المرض . فجوانب القلق التى تتملك الناس ، وحالات الإكتئاب والوساوس القهرية وكل الإنفعالات والمسالك العصابية لاتزيد - وفق هذه النظرية عن كونها إستجابة شرطية إنفعالية ، أو ردود فعل لتلك الأستجابات المشروطة "... فإذا كان كذلك فان الأعراض هى المرض ، وليست أعراضا " تخفى وراءها أى شئ .. ويكون العلاج فعالا إن إستطعنا التخلص من تلك الأعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض"(٥).

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم

على نسق نظرية واطســـون .. هكذا على الأقل فـعل " وليى" و"سكينر" و"ولازاروس" و"اليس" فى تحليل السلوك الشـاذ وعـلاجـه . صـحيح أنهم جميعا تقريبا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية .. إلا أن مناهجهم الفكرى يتشابه فى أنهم جميعا تقريبا :

١- ينظرون للمرض النفسى بصفته سلوكا شاذا ، ومكتسبا ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعليم. ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة فى أحداث الإضطراب تماما كما فعل "واطسون."

٢- ينظرون للإعراض المرضـية على أنهـا هى الهدف الذى يجب أن يتـجـه إليـه العـلاج وأن إزالة الأعـراض تؤدى إلى التـخلص من المرض النفسى والاضطراب. وليس كمـا يعـتـقـد المحللون النفسـيون أن الأعراض ماهى الا مظاهر سطحية تخفى اضطرابات أعمق فى الشخصية هى التى يجب أن يتجه لها العلاج.

٣- لايبـذلون مـجـهـودا كـبـيـرا فى البـحث عن تفـسـيـرات للسلوك فى إطــار صــراعــات الطفــولة أو الغــريزة أو الوراثة . فــمن رأيهم أن التفســير أمر يختلف عن العلاج .. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أى شىء من هذا القبيل لايجب أن يؤثر بأى حال فى مـجـهـوداتنا للتـعديل من أنماط السلوك الشاذ .

٤- من الأسـاسى بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء فى التحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى نرغب فى تعديله أو علاجه . والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلا . لأن المعالج يبدى إهتماما مباشرا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذى أدى لطلب العلاج) ، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض .. هكذا مجردا وبدون إهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

٥- لايقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد إكتشاف الإضطراب وتحديده ، ومقداره (أى التشخيص) ، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه له الأهتمام بدلا من السلوك المريض ، كما يساعدوه فى وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى إتجاه التخلص من الإضطراب بأساليب متعددة ، ومثل هذا التفكير يختلف عن المنهج الفرويدى الذى يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الأستبصار بمشكلاته وصراعاته . وأن الأستبصار يؤدى إلى التغير التلقائى والعلاج.

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكى وأساليبه فى العلاج ، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية

المختلفة فى هذا الموضوع التى قد تختلف عن المنهج التقليدى فى العلاج السلوكى كما يستمد نظرياته من " بافلوف" و"سكينر" ، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة إحترام المنهج العلمى والبحث التجريبى، والذى يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحوا مباشرا بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضى دون سعى وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكى الأحادى البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه :

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسى ، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتد بها(٦) فإن ، من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم فى علم النفس بالجدارة والأعتبار لازالو يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالا علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لاتزال نظرية التحليل النفسى ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين ؟ قد تتعدد إجابات هذا السؤال ـ لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمى ـ وهى أن من الضرورى لكى يتم التطور من نسق قديم أوخاطىء من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر . فقد ظل التفسير الشيطانى للمرض العقلى مسيطرا على الأذهان إلى أن أستطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبى بعد ذلك مسيطرا على تفسير السلوك الإنسانى إلى أن

أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهى أن قوانين "النفس" تختلف عن قوانين ماهو "عضوى"، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبى بتصوراته الجديدة ، مما كان له بعض الفائدة فى توجيه الأنظار إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها فى عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها . لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحا لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية ، وتجاهله لدور التعلم والخبرة فى تحديد سلوك الإنسان. لقد جعل الإنسان مغلولا فى صراعاته ومتورطا فى غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ "هدف العلم المقدس" بالسلوك البشرى ومساره فى موقف لايتلائم مع جوانب التقدم العلمى فى الفروع الأخرى. لم تنجح النظرية السلوكية – للأسف – بالرغم من أنها ظهرت تقريبا فى الفترة التى ظهر فيها فرويد *، لم تنجح فى أن تشد اليها الأهتمام كنظرية التحليل النفسى

لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمى : قدمت البحث التجريبى بديلا عن أساطير فرويد ، وقدمت أيضا التعلم والخبرة بديلا عن القوى الداخلية العمياء التى تعمل بداخل الإنسان وتسيره فلا يملك لها ردا . قدمت ما كان يكفى بالإنتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسى. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التى نتمناها .

---

* لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجمند فرويد وإيفان بافلوف معا وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة .

فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولايزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لاتزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل؟

فإن الأجابة تكمن فى النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور. فالسلوكية فى شكلها الأول التقليدى كانت ترى أنه يكفى دراسة أنواع السلوك السطحية التى تقبل الملاحظة ـ وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الإختلالات النفسية وعلاجها. وإنطلاقا من هذا كان المعالج السلوكى بدءا "بيافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ماليس بظاهر فى موضع هامشى. حتى أن سكينر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكى من الوقوع فى فخ مفاهيم حاربتها فى نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها " : عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة .. فإننى أعنى بالبيئة أى حادثة أو منبه فى العالم له القدرة على التأثير فى الكائن. صحيح أن جزءا من العالم موجود فى داخل الكائن .. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية .. ويستدل عليه من خلال الأستنتاج العقلى والتقارير اللفظية ـ لذا يجب أن تكون فى منتهى الحذر والدقة فى معالجته .. لأن الباحث فى تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه – ولو خطوة صغيرة – عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية" (٧) .

وفى إعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيرا من العوامل التى كان يمكن أن تكون ذات قيمة فى فهمه وعلاجه ـ مما جعل احد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكى قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للإضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية ـ والإضطرابات التى لها مصدر خارجى يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه

يعتبر طريقة غير مناسبة فى العلاج لحالات الإكتئاب والقلق الوجودى والميول الانتحارية والأغتراب وغير ذلك من إضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة فى العالم الخارجى.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكى الحديث فى ظل التطورات الراهنة التى يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة للمرض العقلى.

ومن ثم جاء الكتاب الحالى يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى نرى أن الإضطراب النفسى نتاج عناصر بعضها فى البيئة الخارجية وبعضها فى عالم القيم والتفكير والوجدان.. أى العوامل الذاتية.

وبالتالى فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالإكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية .. أو القلق .. ألخ يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التى يتبناها نحو بعض الأهداف.

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس فى هذا الكتاب نوعا من التفكير يهتم إهتماما خاصاً بالإضطرابات النفسية بحيث لايجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لايشمل جانبا واحدا من الشخصية انما يشمل أربعة عناصر هى : **السلوك الظاهر** (الأفعال الخارجية)، **والإنفعال** (التغيرات الفسيولوجية)،

والتفكير (طرق التـفكيـر والقـيم) ، والتفاعل الإجتماعى (العلاقات بالآخرين).

تناول على سبيل المثال شخصا يعانى من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودى مع رئيسه أو شخصا من الجنس الآخر أو أى شخص على درجة معينة من الاهمية أو الجاذبية له. إن قلقه فى الحقيقة يترجم عن نفسه فى اشكال متعددة ومتصاحبة ، وتحدث جميعا فى وقت واحد : إذ تشتد ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الإنفعال) ويتلجلج فى الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهرى)

وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلانى) ، كما يجد نفسه عاجزا عن أن يجد موضوعات مناسبه للحديث لتخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة فى التفاعل الإجتماعى).

ولأن الإضطراب يشمل كل هذه الوظائف ، فإن العلاج الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير ، وبشتى الوسائل من مصاحبات الإضطراب فى كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلم المريض فى المثال السابق أساليب جديدة لضبط إنفعاله (من خلال الأسترخاء العضلى مثلا) ، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك أو أن نزيد من إمكانيات اساليبه السلوكية القديمة فى هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لايفكر فى نفسه تفكيرا سلبيا وأن لايضفى على هذا الشخص – الرئيس أو الفتاة – قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل فى طرق التفكير

يم) . ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة فى تبادل الأحاديث مع رين ، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق التفاعل تماعى).

وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل ك البشرى فى الجوانب الأربعة السابقة معا ، فإن المستقبل قد يشهد صات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقا يولى إهتمامه ونشاطه ن السلوك ، وفريقا آخر لتعديل التفكير ، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات اعية ، وطائفة رابعة لتعديل الإضطرابات الإنفعالية. ويبدو أن هذا ما ود فى الوقت الراهن فى الولايات المتحدة ، وفى غيرها من البلدان شهد تقدما فى نمو أساليب العلاج السلوكى.

وبعد ، فسنفصل فى الفصول القادمة فى بعض أبعاد هذا المنهج.. إننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثانى من هذا الكتاب بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطى جوانب التقدم باعطاء نماذج ساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة.

١- للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسي أنظر:

أ- شلدون كاشدان (١٩٧٧): *علم نفس الشواذ*، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت : دار القلم. خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ :

B- Roubbins, R.H.(1959) *The encyclopeadia of Witchcraft and demonolgy*. New York: Crown publishers.

C- Millon,T.& Millon,R.(1974) *Abonormal behavior* and personality. Philadelphia: Saunders Company.

٢- أنظر : عبد المحسن صالح ، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة ، الكويت عالم المعرفة ، مارس ، ١٩٧٩ .

فى هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التى تفسر بطريقة خرافية بالرغم من أنه يمكن تناولها تناولا علميا . أنظر بشكل خاص الفصل الثالث الذى يفرده المؤلف للعلاج الخرافى فى بعض الشعوب العربية .

٣- للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية أنظر :

Friedberg J.(August, 1978).Electroshock therapy:Let us stop blasting the brain.psychology today.

٤- للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التى تواجهها مدرسة التحليل النفسى أنظر :

أ - هول ليندزى ، *نظريات الشخصية* (١٩٧٨)، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة ، الكويت ، دار الشايع ، ١٩٧٨.

ب- ايزنك(١٩٦٩)، *الحقيقة والوهم فى علم النفس* ، الترجمة العربية القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩.

5- Eysenck, H.J *you and neurosis*. Glasgow: William collins,

٦- المرجع السابق.

7-Skinner, B.F (1953):*Science and human behavior*. New York:Macmillion.

الفصل الثالث

لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة

أ – قررتَ أخيرا ، وبعد تردد طويل ، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف ، والإكتئاب المتزايد يوما بعد يوم.

وتبلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك علي الإغماء ، وتهن أعصابها هونا شديدا. وقد أدي خوفها من الأماكن الضيقة إلي الامتناع نهائيا عن أداء أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات ، والذهاب للاسواق، أو الدخول إلي محلات البيع والشراء.. وامتنعت حتي عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلي حمام المنزل.

ب – نعتته زوجته ذات صباح ببعض الألفاظ النابية. وبالرغم من أن مشاعره قد جرحت بشدة إلا أنه خرج إلي عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة. وفي العمل فوجيء برئيسه ينتقده بحدة على خطأ أرتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى وقف صامتا دون أن يدافع عن نفسه ومبتلعا الأهانة بحنق مكتوم. وفي نفس اليوم طلب من أحد مرؤسيه الصغار أعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم الذوق والأستهانة. وللمرة الثانية لم يقم مريضنا بأى إجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل فى نهاية اليوم فوجيء بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله للعب به. هنا أنفجر بالغضب على إبنه ، وعاقبه عقابا لايتلائم مع تفاهة الحادث، غير أنه لم يشعر بالراحه بعد ذلك ، بل تملكته مشاعر بالذنب - واصطبغ ذلك باحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية ، وعاجز عن أن يحكم حياته بايجابية ملائمة. ولهذا السبب أنتهز

أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي يبثه شكواه ، وطالبا منه النصيحة والشفاء.

جـ - أصابه أثر أتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك فى الخوف من تلويث الآخرين ، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهريه * إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة فى تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها يتلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك فى غسل يده وتنظيفها . فضلا عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى أرتبطت بهذه الأعراض. ففى كل صباح يأخذ حمام يستغرق منه أربع ساعات تقريبا . وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن " اليقظة لاتساوي المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس. "

د - إصطحبت إبنها الذى يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعند ئذ تدهورت قدرته على الكلام ، وأصبح الآن كالأخرس تقريبا . وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى .. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعاسة والآلام.

تمثل الحالات الاربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكى يساعدوهم على تحريرهم من العجز والشقاء الذى تسببه لهم هذة الأعراض ، وتطورها .

* أي الإنفعال والطقوس والافكار التى يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (أنظر الفصل الاول الذى يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية) .

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ عشرين عاما أو يزيد؟.

لربما كان الطبيب النفسي (تحت تأثير شيوع **أفكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي** أنذاك) سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل اسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة اعوام. وينتهي العلاج فى النهاية ، وبعد تتبع ، أو أستقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

وربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التى دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساسا إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مريضة بأم مستبدة ، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض في الحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لاشعورية قديمة لاب مسيطر ، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (أى المريض) محولا اياه إلى انسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الامر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الاخرس (١).

أما الآن فان هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة أقل ، ويقليل من النفقات ، ودون الاستلقاء على أريكة أو الدخول في ذكريات الطفولة ، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من ممارسي العلاج النفسي بمثابة ثورة، عملت على تحرير طاقاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: " أن التحليل النفسي قد مات فعلا ، لم تعد تلك هى المشكلة ، انما المشكلة أن نواجه حياتنا بمفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماما عن علم قد حوطته الاكفان" . وفى أحسن الاحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الاساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها: العلاج السلوكى ، وعلاج الواقع ، والعلاج المنطقى ، والعلاج التشريطي، وتحقيق الإنسان لذاته ، وتدريب الحساسية. الخ. وبالرغم من أن بعض هذه الاساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الإضطراب الا أنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد أن نعرض للقارىء الاسس التى تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج ، حتى يزداد استبصارنا بالاساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التى تدين لمنشئها فرويد بكثير من الافكار والنظريات التى طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها . ويهمنا من هذه النظرية في هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي. ينظر فرويد باختصار إلى المرض النفسي على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التى تكونت في الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى فان الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية

وصدمية مبكرة - تكريات وان كانت قد صارت لاشعورية الاأنها لاتزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الاليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الإنفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن التكريات اللاشعورية. من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر ، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافها أو لامنطقيا .

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائيا .

أي ان المحلل النفسي :

١- لايهتم بالأعراض المريضة التى يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هى التى يجب أن يتجه اليها العلاج.

٢- يعتقد أن المرض النفسي- احياء من خلال الأعراض- لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق الذهن.

٣- يؤمن بأن جذور المشكلة لاتمتد للآن ولكن للماضى ..لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الاولى من العمر.

٤- أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالامر - فى ضوء نظرية التحليل النفسي - اكثر تعقيدا من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لان المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الاحباطات التى يواجهها الشخص في حياته مبكرا ، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفي

أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيرا مفاهيم مثل عقدة أوديب ، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جدا من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرأوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتى تعود في جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. ويمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه ، والرغبة فيها جنسيا ، غير أنه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذى يصبح منذ الان مصدرا لكراهية الابن وغيرته . وتكون الأعراض العصابية التى يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة ، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن.الخ. تعبيرا لاشعوريا عن تلك العقدة التى حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التى تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعا عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لايوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح ، لان هناك تفاصيل أخرى شيقة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لاتعتبر من الافكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فاننا سنحاول تجنب كثير من الافكار النظرية في عرضنا هذا ، الا ما كان منها مستخدما بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الامر، فان فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا . وهناك أسباب كثيرة لذلك : منها ان التحليل النفسي يترك

كثيرا من الارواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلى. لنفرض أن شخصا جاء يشكو من الضعف الجنسي الذى حوله لشخص مكتئب تنتابه كثير من المخاوف في صورته عن ذاته ، وطلبنا منه - بدلا من أن نقدم علا[illegible] الا لضعفه الجنسي - أن يستلقى على أريكة يقص تاريخه ، ويحكى مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذى يجنيه هذا الشخص من هذا ؟. اننا لايمكن أن نتصور أن نكون بهذا الاسلوب دعاة الشفاء الحقيقى له من ضعفه.

وما الذى سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والاخريات اللاني تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟. وأكثر من هذا فما الذى يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الاقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ انه قد يستمر ني ضعفه الجنسي لنفس الاسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية ني الزوجة (فيراها على أنها رمز للأم). اننا بعد هذه السنوات الطويلة لانستطيع تغير بناء علاقته بالأم بعد مرور ٣٠ أو ٤٠ عاماً . فلم المحاولة ؟ . ان حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطا بمجموعة من الافكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد الي الاساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئيا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقى

بهم الحرب ومخاوفها في حالات أنهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الاساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، والإكتئاب والشعور بالوحدة، والبرود الجنسي، والعجز الجنسي، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارىء كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يزعم أن الاسلوب الوحيد الذى ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضا عامل اخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، إنتقالها الي قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث. إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمي والدراسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقا أكثر أمانا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت، وبقلة في النفقات، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك.

وربما يكون التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التى أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسئول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من

المشكلات الإنسانية، كان مفيدا عند أول ظهوره. وكان موضوعا له إغرائه وله قيمته في شد الانتباه خاصة اذا قدم ذلك بطريقة فرويد الادبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازى الذى عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلنى فيها. لقد كان الجنس سراً غامضاً من أسرار المجتمع. وكان لغزاً وزادته ألغازاً عمليات القمع الاخلاقية والإجتماعية. وعلى هذا فاذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما، فقد كان يسهل إرجاعها إلي عملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الانفعال ،أو الإكتئاب والسبب غامض - واذن فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور. وقد جاء " فرويد " في هذا المناخ الإجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي. وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرا من مظاهر التغير والثورية على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس اليه نفس النظرة التي يحوطها الغموض. ولم يعد أثيرا لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة في ضوء لم يعد بعد غامضا.

ما تتميز به الاساليب الحديثة من العلاج

وتختلف الاساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الأعراض وبصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص. فالمعالج لايبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولايعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة

لمشكلة أعمق. انه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه . فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدى بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس * فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقيةعن طبيعة أعراضه .

والاساليب التى يستخدمونها لذلك مباشرة ، وتركز على الشكوى ، أو العرض في اللحظة الراهنة . هذا - وهنا - والان : ذلك هو المنطلق الاساسي لنظريات العلاج الحديثة . فهى اذن تركز على هذا العرض ، أو الشكوى المباشرة (خوف - اكتئاب - قلق).

كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة ، قلق من الجنس الاخر ، قلق امتحانات ، قلق مع الرؤساء ..الخ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر ** .

* هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والايجابية الإجتماعية ، وتقليل من القلق والسلبية . أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج .

* * يرى الفرويديون أن هذه الاساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي -فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة(العرض) شبيه -في تصورهم باعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا . ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه . وسنرى فيما بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي . كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا. فعلاج " التهتهة " أو نقص افراز غدة من الغدد قد يكون ضروريا لتخفيف حدة القلق . أما في الحالات الاخرى كالإكتئاب فان علاج العرض كمرض أمر ضروري .

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة الي تخاف من الاماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل. فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض(الفوبيا)

ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على مغالبة نواحي ضعفها . ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا ، لاماكن مغلقة تبدأ أولا بالاماكن التي لاتستثير الاقدرا قليلا من الخوف (كمنازل الاقارب والاصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدريج الي الاماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع. وبالطبع لايتم ذلك مابين يوم أو ليلة ، وانما على مدار فترة العلاج * حتي يرسخ الاطمئنان في المواقف الاقل استثارة للقلق حتى الوصول لاكثرها استثارة له.

ففى حالة هذه السيدة اذن يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر. ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك .

وتختلف الاسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون .. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقرية العالم الروسي الفذ " بافلوف" ، ثم واطسون فيما بعد ، وعند البعض الاخر يكون المنطلق النظري نابعا من نظريات العالم الامريكي المعاصر

* تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التى يتطلبها التحليل النفسى .. ففى العلاج السلوكى قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسى فيستغرق مابين ثلاثة أو خمسة أعوام.

"سكينر". وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية ، أو نظريات التفكير .. الخ. ومع أن الاسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعا مثيرا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الايام ، فان اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه الافي القليل نحو الاسس النظرية ـ قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع اصبع القارىء على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر

فضلا عن هذا فان هناك ما يدل على ان الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحا لاتكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدرما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج ، وتكوين علاقات دافئة بهم (٢).

تنوع الأساليب العلاجية بحسب آثار الإضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فان هذا لايعني أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولانبالغ ان قلنا بأن كل المعالجين الآن ، بما فيهم المعالجون السلوكيون ، يعلمون أن الإضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا مايجعله ذو طبيعه مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانا بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية) ، فانه في الممارسة العملية لايغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي ، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو احداث التغيير في الشخصية باية طريقة ملائمة ، وبأي مدخل مناسب وقد يستخدم في ذلك بعض الاساليب الي تمده بها نظريات علاجية لاتتفق ظاهريا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لايكون ملائما دائما. قد يكون الملائم هو تصنيف الاساليب العلاجية بحسب فاعليتها في أحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الإضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال : الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير ، وأساليب التفاعل الإجتماعي ، فان تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الاساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان ، وأساليب لتعديل السلوك ،

وأساليب لتعديل التفكير فضلا عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الإجتماعي.. وفيما يلي بعض التفاصيل:

١- يتعلق الجانب الوجداني أو الإنفعالي من الإضطراب بدرجة تعرض الشخص لوحمة عدد من الإنفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الإضطراب كالخوف من الاماكن المغلقة، أو القلق الاجتماعي - أو الخوف من نماذج السلطة ..الخ. ويعتبر أسلوب العلاج التدريجي التي ستأتي الاشارة اليه في الفصل الثالث نموذجا للاساليب المستخدمة في تعديل الإنفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الاصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الاسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني- من الإضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تناقض تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الخامس) للتغلب على الإضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحساسات والمشاعر المرضية.

ومن الاساليب التى تنتمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية وبتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب الخ).

٢- أما الجانب السلوكي للاضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر كالادمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات، ويتفاوت السلوك الظاهري في

التعبير عن الإضطراب من سلوك لفظي (كضعف معدل الكلام، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا اليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كايقاع العدوان بالاخرين، أو الادمان على المخدرات .. الخ. ويعتبر العلاج بالتنفير نموذجا لانواع العلاج المستخدمة حاليا. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة عند ظهور السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه، فمثلا يعالج الادمان على الخمور باعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للغثيان بعد التعاطي مباشرة وذلك كالابومورفين Apomor-phine ويعالج التبول اللاارادي باستخدام مايسمي "سرير ماورر" (٣) الذي صممه العالم النفسي الامريكي Mowerer. وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أي بلل فيه يؤدي إلى اغلاق دائرة كهربائية، تتصل بجرس كهربائي يدق بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تبوله. وقد وجد أن كثيرا من الحالات قد عولجت بهذا الاسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠٪ من حالات التبول. وبالرغم من أن كثيراً من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمي الا أن فاعليته في بعض الحالات لاشك فيها. وهناك شكل اخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الإضطراب، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن ايقاف الإضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب الخ) عن طريق التوقف عن التدعيمات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في ايقاف السلوك السيء اذا ما الغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من

اســاليب العــلاج على بحــوث سكينر (Skinner) وسنعـرض في الفـصل السابع لأسس التدعيم وكيفية اجرائه.

٣- اما الجانب الفكرى من الإضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الافكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التى يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدى في النهاية إلى إثارة الإضطراب ، أو تاكيده فقد يتبنى الشخص الانسحابى فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة، وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفة تقوم على أن الإنسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة ، فلم المحاولة ؟ وهو في ذلك يساعد علي ابقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والايجابى. ويلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الإضطرابات ذات المصدر الإجتماعي كالتعصب العنصري. فقد أظهرت البحوث ان المتعصبين يتبنون حججا نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا ان البيض في امريكا يتبنون اعتقادات عن السود بانهم اشبه بالحيوانات , وانهم كسالى وعدوانيون- ويقوى هذا من تعصبهم نحو الزنوج . وكذلك يتبنى السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصور أن البيض ضعاف جنسيا ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الاحراج والسلوك غير الملائم نحو النساء البيض - الخ وهناك بحث ايضا يدل علي ان "الروس" يعتقدون صورة سلبية عن الامريكيين ، قريبة من نفس الصورة التي يعتقدها الامريكيون عن الروس (٤). ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة ادراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها . ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational- emotive therapy أو العلاج المنطقي الذى يدعوله العالم الامريكي البرت اليس Ellis صاحب معهد العلاج المنطقى في

نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الاخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية . وقد توصل " اليس " إلى عدد من الافكار التى تشيع بين العصابيين والذهانيين بينما لاتشيع بين الاسوياء - وسنعرض لها في الفصل الثامن كما سنعرض لاهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية . وهناك أيضا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليا بنتائج أفعاله وصراعاته . ولكن الادلة على فاعلية الاستبصار في تفسير السلوك ضعيفة للاسف فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج ، ولكن وجوده قبل العلاج لايؤدى لتغييره كثيرا . فكثيرا ما يشكو الشخص بانه يفهم تماما الاسباب الاساسية لصعوباته ، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي

ومن الاساليب التي تنتمي لهذه الفئة، هذا النوع من العلاج الذي ينتهي بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة ايجابية ومختلفة. فيتغير ادراكه لذاته، وعندما يتغير ادراك الذات يتغير السلوك ، ويتم هذا بعدة طرق منها : تغير طريقة اللبس والوضع الإجتماعي، أو التدعيم الايجابي للجوانب الايجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الاسلوب بنجاح : حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية جديرة بالاعتبار ، وشديدة الحيوية والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الاخرين ، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة في امكانياتها (٥). وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في أدراك الذات فان هذا يؤثر في شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف ،

ويكتنب إذا لم يتبين الاخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير اذا ماحدثت معه شروط أخرى منها : احترام المريض للمعالج والثقة في امكانياته، ووجود دافع التغير لدى الشخص نفسه ، وان يكون الشخص نفسه مرنا وذكيا ، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي إليها هذا التغيير.

٤- أما الجانب الإجتماعي من الإضطراب فيشير إلى الإضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الإجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للاضطرابات الإجتماعية ومن المعتقد [٥] أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الإجتماعي الجيد وهناك نظرية ترى أن التوحد بالاخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في أكتساب أشكال السلوك التي يتنباها الفرد. فاذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذيه الشخص كالاب ناجحا وقويا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة ، والجنوح يحدثان بسبب أنواع خاطئة من التعلم الإجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة

وتتوقف نتائج التعلم الإجتماعي بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذى تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالام - دون الاب - لكثرة غياب الاب ، أو موته وبعده عن الاسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الادوار الإجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط) *.

* نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تاتى من أسر مهدمة .. أي تنفصل الام عن الزوج بينما يبقى الإبن مع الام.

وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس - كما هو شائع في المجتمعات - فان الطفل يتجه ليتبنى الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الاطفال الذكور وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الاولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة .

وبالرغم من اهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الإجتماعي فان فاعليتها فيما يبدو تتوقف على انواع معينة من الإضطراب. فعندما يكون الإضطراب النفسي من النوع الذى يسلك الشخص بمقتضاه ضد الأخرين (كالجريمة ، والانحراف) فقد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب خلقية وجيدة من السلوك. غير ان الإضطراب عندما يكون متحولا ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار) ، فإن من الصعب وضعه تحت ضبط هذا النوع من العلاج. فانواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ بسبب عمليات تعلم لا تصلح لها الطرق العلاجية السابقة .

استخدام العقاقير والاساليب الفيزيقية في العلاج :

بدا استخدام العقاقير في علاج الإضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة ، إلا أن استخدام العقاقير اصبح منذ الخمسينيات من اكثر الاساليب إنتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين اصبحوا أكثر تعاونا بعد إكتشاف العقاقير وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دورا هاما في نشأة الاستعداد للانهيار العقلي. وقد أدى أنتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من المستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات المخصصة للطب

العقلي . لكن نسبة العودة الي المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت .

وفي حالة القلق والإضطرابات الوجدانية الاخرى كالإكتئاب غالبا ما يصف الأطباء كثيرا من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس، والادوية التي تبعث على النوم .. الخ . وفي احصائية انجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل الي مالايقل عن ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام (٦) . ولاشك في أن العقاقير تؤدى الي تغيرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجيين والعدوانيين إلى أشخاص هادئين. وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية ، وتساعد على النوم ، القابلية للتغير الايجابي. لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغيرات علاجية شاملة ، لهذا فلابد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية. كما أن من اخطر ما يمكن ان تؤدي اليه هو الادمان عليها . وتعتبر المهدئات هي وحدها - بين فئات العقاقير الاخرى - القادرة على خلق ادمان واعتماد جسمي عليها . وهناك أيضا عقاقير المنبهة كالامفيتامين ، وهي تستخدم للارتقاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لاعانتهم على السهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الاداء (٧) وبالرغم من أن "الامفيتامينات " لاتؤدي إلى الادمان الجسمي الا انها تخلق اعتيادا نفسيا .ويؤدي استمرار استخدام العقاقير علي المدى الطويل إلى التوتر والارق ، والارتعاشات وغيرها من الإضطرابات النفسية (٨).

ومن المتفق عليه - بشكل عام - أن العقاقير في عمومها لاتعالج المشكلات ولكن تحقق هروبا مؤقتا منها - ومن ناحية أخرى ، فإن العقار الواحد " الفاليوم " مثلا ، يؤدى إلى استجابات مختلفة في الأشخاص المختلفين فقد يثير شعورا بالبهجة والإنتشاء عند البعض ، وعند البعض الآخر يؤدى إلى عكس ذلك الاحساس- تماما - لذلك فإن اعطاء عقار معين يجب أن يكون مصحوبا بفهم عميق لطبيعة الشخصية وخصائص المريض وتركيبه النفسى.

وترتبط بالإدمان مشكلة أخرى يثيرها استخدام العقاقير في العلاج وهي مشكلة الافراط فى تعاطى كميات أكبر من نفس العقار للوصول إلى نفس الحالة التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل في بداية التعاطى. فالشخص قد يكتفى فى البداية بثلاثة ميلجرامات من الفاليوم " للوصول به إلى حالة من الاسترخاء والهدوء النفسى ؛ ولكن يحتاج تدريجا إلى كميات أكبر حتى يصل إلى نفس الحالة التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل .

وفى اعتقادنا أن الامر إذا تطلب استخدام عقاقير على الاطلاق ، فإنه لابديل للمواجهة بالموافقة على المصادر الرئيسية لمصادر الإضطراب .. والخطأ ، مع استخدام أساليب جديدة من التعلم لمواجهة المشكلات النفسية والإجتماعية ، والتدريب على فنون العلاقات الإجتماعية ، والتفاعلات البناءة بالاخرين .. كل ذلك يجب أن يتم جنبا إلى جنب مع أشكال العلاج بالعقاقير.

وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التى تقوم على وضع قطبين

كهربيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيدا في علاج بعض الحالات كالإكتئاب الحاد .. فان تأثيره مؤقت ، وتتحول نسبة كبيرة من الاشخاص إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار في العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدى على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الإضطراب الاصلى. من هذه الآثار الجانبية : الاصابات المخية وضعف الذاكرة ، وفقدان القدرة على الاتجاه ـ وقد ناقشنا هذه القضايا فى الفصل الثالث .

الخلاصـــــة

إن اكتشاف الاساليب الحديثة في العلاج ، يعتبر ثورة شهدتها الاعوام الاخيرة، فلم يعد من الضرورى ان يتحول الاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من اساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الإضطرابات دون البعض الإخر الذى تصلح له مناهج من نوع اخر. وهكذا فعندما يكون الإضطراب مصحوبا بمخاوف مرضية او قلق من مواقف محددة، فان اسخدام اساليب التدريج وتاكيد الذات وغيرها من اساليب تعديل الإضطراب الوجدانى تنجح نجاحا بالغا في التخلص من مصادر الإضطراب وتكون اساليب التعديل السلوكية من احسن الوسائل في علاج الإضطرابات التى تكون متجهة ضد الاخرين كالعدوان وتدمير الملكية. الخ كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الاطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها . على حين ان الاساليب التى تتجة إلى تعديل قيمنا واساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد اكبر فائدة فى تناول الإضطرابات التى تكون الأعراض فيها . متجهة ضد الذات كالاغتراب * ، والإكتئاب ،

* خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الإجتماعية وعدم الحماس للقضايا الإجتماعية فالعزوف عن المشاركة في حلها ..الخ . والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفى الذى يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكرى يتبناة الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الإجتماعى .

والشعور بالنقص .. الخ . كذلك تصلح هذه الاساليب في علاج بعض الإضطراب الإجتماعية التي تلعب الافكار الخاطئة دورا كبيرا في تدعيمها مثل التعصب والتحامل علي حين أن الاساليب المتجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الإجتماعي تكون فعالة في علاج الحالات التي يكون منشأ الإضطراب فيها راجعا لاخطاء في التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لاكتساب السلوك الجيد وذلك كما في حالات الإضطرابات الاستجناسية والجناح .. الخ .

أما عن الوقاية فان الجهد الذى يتم في هذا الميدان قليل ، ولو أن من الممكن استخدام الاساليب المتعلقة بتحسين الوراثة خاصة في حالة الوقاية من الإضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن التخلص من تاثير الازمات البيئية بخلق مناخ وقائي يؤدي إلى التخفف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الارشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة ، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب ، بحيث يعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلا من العزلة. لكن خلق مناخ وقائي لايغنى عن ضرورة وجود أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور - ويعرض كل فصل من الفصول الاتية منهجا في هذا الاتجاه.

مراجع وتعليقات

- لابد من الاشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين . بينهم من يعترف بأن " فرويد " صاحب تفكير تقليدي وبينهم من يرى انه بط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية - ولهذا سق عليه عدد من تلاميذه مثل " يونج" و" أدلر" وحاول كل منهم أن ن نظرية مختلفة .

لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل فسي ، الا أن هناك خاصيه تجمعهم جميعا وهى أن الاعراض في رايهم بر تعبيرا غير مباشر عن " مشكلة الخفية " . أما ما هى هذه المشكلة خفية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسي . فهى عند فرويد مشكلة علقة بالتطور الجنسي والكبت في الطفولة، وعند " أدلر" هى عقدة النقص الخ . كذلك يشترك المحللون النفسيون فيما بينهم في أن نظرياتهم لم تبن ى نتائج تجريبية . بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لافكاره ، مما جعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها - ومثله فعل يونج" و" أدلر. " وبالرغم من أن المحللين النفسيين المعاصرين قد دمجون بين الحين والاخر في دراسات علمية لاثبات آرائهم فإنهم عموما بنون أسلوبا يستخف بالاحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسي والانتقادات ي وجهت لها

انظـــر :

أ) هول ليندزي (١٩٧٨)، **نظريات الشخصية** . ترجمة فرج أحمد، قدري حنفي، لطفي فطيم. الكويت: دار الشايع للنشر (خاصة الفصل الثاني والثالث والرابع)

ب) أيزنك (١٩٦٩)، ***الحقيقة والوهم في علم النفس*** ،ترجمة قدري حنفي ورؤوف نظمي ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها للغة العربية منها:

جـ) سيجمند فرويد ، ***معالم التحليل النفسي*** ،ترجمة محمد عثمان نجاتي ، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢- هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على اعطاء دفعات قوية للعلاج ، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى أرتباطات بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف إنتماؤهم النظري بينما تشابه الناجحين بالاقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة يعتبر اقل من ذلك. وعلى هذا فان المعالج الناجح الذى ينتمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الاقل نجاحا في نفس (النظرية) وأكثر تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا.

وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها :

فسه ، والخلو من القلق ، والثقة بالنفس ، والقدرة على تكوين علاقة فعالة ريضه . انظر :

Frank d (1961) ***Persuasion and healing*** . Baltimore : Jo Fopkins Press.

Hans E. Ysenck (1078) : ***You and neurosis*** . Britaion, Glias ow: Willion Collins.

- المزيد عن العوامل الفكرية فى تاكيد التعصب أنظر :

Bronfenbrenner, U. (1961) : The Mirror image in soviet - Ame can relations - A social psychoolgist approach. *J. of Social sues*.,17 No. 3pp. 45. 56.

تبنى "ميشيل أرجايل" من اكسفورد- بريطانيا نظرية بينت له أن اطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة، بمعني أنهم يتخذون من الاباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فاذا ن الاباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية فان أطفالهم يكتسبون نمط مشابها من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بـ والديه من خلال التشابه بين الصفات التى يصف بها الاطفال والديهم و لصفات التى يضعونها للشخص الذى يرغبون في ان يكونوا مثله. فاذا صف الطفل الاب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين ان ما يتمناه لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء فان هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد الأب . وتبين دراسات على الأطفال الانجليز بأن تأثير الأب على الأبن الذكر

أكبر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لابنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فان عليهما أن يكونا من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. وكذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

١- أن يمضى الأب جزءاً من وقته فى داخل منزله ومع أطفاله.

٢- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣- وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية. وأن يكون مقبولا وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال إن أطفال الأسر المهاجرة يميلون الى رفض التوحد بأبائهم كنماذج خاصة إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيليين . ومن رأى "أرجايل" أن الصحة العقلية تتحسن اذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه علاقة طيبة واذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد الطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون فى كثير من الأحيان الى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير الى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرين بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات منكرة أو مزدوجة (ذكرية وأنثوية معاً) انظر شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، الترجمة العربية، الكويت : (دار القلم-١٩٧٧). للاطلاع على تطبيقات نظرية

التوحد انظر:

ميشيل ارجايل، *علم النفس ومشكلات الحياه الاجتماعية*.

ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ خاصة الفصل الثاني، والثامن. كذلك

Argyle, M.&Robinson, P two origins of achievement motivation J.

Social Psychology 1962,1 107-120.

انظر مشيل أرجايل، *علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية*، المرجع السابق.

شيلدون كاشدان، *علم النفس الشواذ*، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة مراجعة محمد عثمان نجاتى. الكويت، دار القلم، ١٩٧٧.

٨- يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئه، وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهى كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين - الخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعى والهلاوس ومن أهمها الحشيش أو الماريوانا وال L. S. D. والمسكالين.

ويكمن خطر العقاقير المهدئة في أنها تؤدي إلى الادمان الجسمي. والادمان الجسمى يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي وهو ما يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فانها

لاتؤدى إلى أدمان جسمى أو إعتياد ولكها تؤدى اذا أسيء استخدامها إلى اعراض نفسية مختلفة منها الغيبوبة ، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة فضلا من أضطراب السلوك الإجتماعى كالاتكالية الشديدة ، واالسلبية .

أنظر أيضاً :

Richard Frances& John Franklin (1990). A *Concise Guide to treatement of alcoholism* & addiction .Washington, D.C :American Psychiatric Press.

Vernon Johnson (1986).*Intervntion: How to help someone who doesnt't want help.*

Minneapolis Johnson Institute Books.

الباب الثانى

نماذج من أساليب

العلاج النفسي السلوكى المعرفى الحديث

الفصل الرابع : علاج الإضطرابات الإنفعالية بطريقة متدرجة.

الفصل الخامس :أسلوب الاسترخاء وتدريبه .

الفصل السادس :تأكيد الذات والحرية والإنفعالية وتدريب المهارات الإجتماعية .

الفصل السابع :قوة التدعيم .

الفصل الثامن :العقلانيه وتعديل أخطاء التفكير .

الفصل التاسع :علاج دون معالج: الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى.

الفصل الرابع

علاج الاضطرابات الإنفعالية

بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما :

كان " ألبرت " في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان "واطسون" و "راينر" بتعريضه لفار أبيض . لم تثر رؤية الفار – في البداية – أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى "ألبرت" ، إلى أن قام العالمان بتقريب الفار حتى يصبح في متناول "ألبرت" الذى مد يده اليسرى يلمس الفار ببراءة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجربان صوتا عاليا حادا من خلف رأس" ألبرت. " عندها قفز الطفل فزعا مشيحا برأسه وجسمه كله عن الفار . تكرر هذا الاجراء إلى أن تأكدت تلك الاستجابة الإنفعالية الحادة من " ألبرت. " وبمرور الوقت تحول مشهد الفار – المحايد– إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. فبعد سبع مرات من تعريض الفار مقرونا بهذا القرع الحاد ، بدأ ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفار (حتى ولو كان بعيدا وبدون أن يكون مصحوبا بهذا الصوت الحاد) . فضلا عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفار بل بدأت تعمم نحو كل الاشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالارانب والكلاب، ومعاطف الفرو. الخ (١) .

ومن المؤسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه المجريان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة . لهذا فاننا لانعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والارانب أو الاشكال الفرائية؟ واذا شئنا التخمين فان من المرجع إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة مالم تكن هناك بعض المجهودات التي قدمت له للتغلب على مخاوفه * .

وما يستنتج من حالة " ألبرت" هو أن كثيرا من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي الا عادات سيئة اكتسبناها في مواقف مختلفة أو مؤلمة ، أو مهينة للنفس. أننا نتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبنفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، أو نتعلم عكسه. فاذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فاننا يمكن أن نتعلم أن نكون اصحاء. والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء

* هناك بعض الاعتبارات الخلقية التي يجب الاشارة اليها في هذه الحالة . ذلك لان التجريب على السلوك الإنساني بهذه الطريقة يستثير عديدا من الاعتبارات الخلقية والإنسانية ومن المؤكد أن قيام كثير من الباحثين بالتجريب على السلوك الإنساني بهذا الشكل يعتبر من العوامل الهامة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكي خاصة في مراحل تطوره الأولي.

أي خلو من المخاوف التي لامعنى لها ومن المعطلات الإنفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة . صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما نعلم. لكن ما البأس في أن نستنتج أيضا بأن الخوف الذى تعلمه " ألبرت" كان يمكن أن يتخلص منه لو اننا عرضناه

لتلك الاشكال - التى أصبحت الان موضوعا لمخاوفه - تدريجيا ، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة . والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقترحا بأن الطريقة - المثلى لعلاج "ألبرت" وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبها مرغوبا (قطعة من الشكولاته ، أو عناقة مثلا) في الوقت الذي يظهر فيه الفأر عن بعد أولا ثم نقرب الفأر تدريجيا في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبديهة فان توظيفه للعلاج النفسي تاخر حتى عام ١٩٢٤ . ففى هذا العام نشرت أول دراسة أكلينيكية لحالة طفل اسمه " بيتر: أمكن - بنجاح - أزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ وفق الطريقة الاتية" في الفترة التي كان فيها الطفل جائعا تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام، وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف احداث استجابة

سلبية (الخوف) . وعندئذ بدىء في ابعاده تدريجيا عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لاتهدد إطعام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التى عندها لايتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التى يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه ، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجيا نحو المائدة ، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى أمكن له فى النهاية ملامسة الطفل " (٢)

وهذا المنهج هو نفس ما أقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريبا ، عندما أمكن أثارة مشاعر الخوف عند طفلنا " ألبرت" *

وبالنظر إلى أن أزالة الخوف والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعريض الشخص لإنفعالات ايجابية معارضة لهذا القلق والخوف (ابعاد الموضوع المهدد واظهاره تدريجيا)، أطلق على هذا الاسلوب من العلاج مصطلح " الكف المتبادل"، وهو موضوع كتاب شهير ظهر عام ١٩٥٨ ، يلخص جهودا علاجية لما يقرب من مائتى حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على ٨٩٪ منها- وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان دون شك .

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل هي أنه اذا ما نجحنا في ستثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق فإن ذه الإستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا بدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك .

* نسبة النجاح في الطرق التقليدية من العلاج النفسي تصل إلى ٦٥٪ وهي أفضل قليلا من نسبة شفاء التلقائى دون علاج على الاطلاق .

أذكركم بمثال "بيتر" الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجيا وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه : الطعام ، والتقنيم التدريجى للفأر ، وعناقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ماهي الاستجابات المعارضة للقلق، والتى اذا أمكن احداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالي ايقاف القلق وكفه؟. وكيف يمكن احداثها. وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم؟ الحقيقة انه لايوجد اتفاق محدد عن هذه الاستجابات او نوعها. فأى سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه ان يوقف ويكف جوانب الإضطراب بمظاهره الفسيولوجية او الوجدانية، او السلوكية، ينجح أن يكون سلوكا كافا ومناقضا للإضطراب والقلق.

التعرض التدريجى لمصادر الإضطراب :

وبالرغم من تعدد الاساليب التى يبتكرها المعالجون لايقاف القلق، وكفه، فان قليلا منها قد حظى بالاهتمام العلمى الملائم، والتطمين التدريجى، من بين تلك الاساليب القليلة التى حظيت باهتمام علمى كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجي يبين انها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن ا التعريض المستمر والمتوالي للمواقف – لاي موقف من مواقف الحياة– يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الإضطرابات

العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق ، أو الخوف والرهبة ، والتحرج ، والضيق ..الخ.

وتشهد البديهة العامة أيضا بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهه هذه المواقف وهما : اما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي . فالبعض قد ينصح شخصا خائفا من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول. وبالمثل فقد ينصح البعض شخصا ما أن حدثت له حادثة في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجها اياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه.

لكننا نجد في كثير من الاحيان أن الحكمة تتطلب التدرج . والواقع أن التخلص من الخوف مثلا بتعريض الشخص تدريجيا للاشياء أو الموضوعات التي تثيره (كالظلام والاماكن الواسعة ، أو الاماكن العالية ، أو الضيقة ..الخ) كان ـ ولايزال ـ من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا مثلا مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لانه شاهد ضيفا أو زائرا غريبا يلتحي بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدي زيا غريبا لم يشاهده الطفل من قبل. أن كثيرا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لايمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. كن حكمة الاب قد تدفعه ـ مثلا ـ إلى أن يحمل الطفل مهدهدا أياه ، بينما يبادل الضيف بعض الاحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجا أن الطفل قد خذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع

ها هي ذى الان نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر متحولة نظرات ود وصداقة . قس على ذلك ما يقوم به الآباء المجربون عند جيع الطفل على السباحة ، أن الاب لن يدفع بالطفل دفعا مفاجئا إلى لكنه سيبدأ بدلا من ذلك مقربا اياه من الماء تدريجيا دون اثارة أي اعر بالخوف أو القلق. بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع . وقد يرفعه قليلا من على أرض الشاطىء عندما تقترب موجة عنيفة. بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. ان الطفل فيما لايزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه حوله بسرور ونشوة.

وبحكمة مماثلة جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع ها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الادوار الرشيدة نفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج في ئة الاطفال وتدريبهم على المشي والحركة والكلام. كذلك يتجه كثير من سسات الضعف العقلي إلى استخدام نفس هذا الاسلوب مع ضعاف عقول لتدريبهم على رعاية النفس ، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية ، والتطور هم إلى مستويات أرقي من النمو الحسي والحركي والفكري.

وتقوم طرق العلاج النفسي السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ : ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا . والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بالغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. ويكون من

خلال التعرض التدريجي للمواقف أو المواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق أو الخوف .. الخ) . البحوث المتراكمة عن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية تثبت أنها ذات فاعلية لاشك فيها . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الاماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي ، وتقوم على تعريضهم تدريجيا وببطء لهذه الاماكن . كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الاطفال الصغار باستخدام نفس هذا الاسلوب. أضف إلى ذلك حالة الطفل " بيتر" التي سبقت الاشارة اليها وغيرها مما سيأتي الحديث عنه بعد قليل (٤).

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي :

بالرغم من أن الصياغة النظرية لاسلوب التطمين التدريجي ، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة ،، فان المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الاساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الاسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففي سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسي الالماني المشهور كريتشمر Kretchmer طريقة في

لاج النفسي سماها التعويد المنظم . ويسوق كريتشمر
اهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان
انى من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو
شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة ، وتطور
مر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته. وقد بدأت خطة العلاج
أمكن تشجيع المريض أن يسير - مصحوبا بالمعالج - لمسافات قصيرة
نت تزاد تدريجيا . ثم تم أستبدال الطبيب تدريجيا بشخص اخر .. إلى أن
كن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزاد تدريجيا
ن يوم إلى اخر .. حتى أصبح بامكانه السير والرحيل إلى أماكن
يدة وغريبة .

الة المرأة – الميدان :

وقريب من هذا أسلوب أستخدامه أحد المعالجين سنة ١٩٢٢ لشفاء احدى صابات بمرض الخوف من الاماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتى :

" تضمنت الخطوة الاولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. ي الميدان طلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها . وبالرغم من أن البرودة شملت يها ، واعترى الشحوب وجهها ، وازدادت نبضاتها ، وجف ريقها، فانها اعترفت ن هذه الطريقة قد أفادتها عن أي طريقة حاولتها من قبل. وفي اليوم التالي بت منها أن تكرر الذهاب الي الميدان والعودة الي المنزل بمفردها عددا من رات "(٥)

وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها تمكن المريض تدريجيا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها . ويعترف بعض حللين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تنبع من أن احساسات شخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل . ان المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم ذه المواقف التى تأتيهم بانفعالات مؤلمة . فاذا كان المريض مثلا خائفا من ماكن المغلقة فانه يمكن أن يطلب منه في اليوم الاول من العلاج أن يغلق باب جرته لحظات قصيرة ، وفى اليوم الثانى قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق م إلى نصف ساعة يوميا إلى أن يكتشف من خبرته العملية أن باستطاعته مل مواقف الخوف " .

لة الطبيب الجزع :

وفي عام ١٩٤٩ عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من

كن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل الخوف ، وذلك بانه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان ، وأن يسترخي مطمئنا وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لايجعل من خوفه يل أقوى من هدوئه واحساسه بالامان ، وذلك بأن يبعد تفكيره عمدا عن التهديد اذا ما شعر بأن الخوف يشتد . وربما تعتبر حالة الطبيب الجزع حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج إعتمادا رئيسيا على أثارة خيال ل والاسترخاء وأثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهى من الخصائص التي الاساليب الحديثة من التدريج كما سنرى .

الطفلة مرجريت

وفى سنة ١٩٦٢ عرض " بنتلر " لحالة الطفلة " مرجريت" التى كانت في ا الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستندة على حمام السباحة المنزلي ، وسقطت بعنف ، وأخذت تصرخ بشكل حاد . وبعدئذ قاومت بشدة وبصراخ أي محاولة من قبل الابوين لاعادتها للاستحمام أو لتنظيفها . ومن الغريب بوين لاحظا بأن مارجريت بدأت تخاف أيضا من أي مصادر للماء بما لك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن مرجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنك ، قيقية والوهم في علم النفس، ص ١٤٨) . في **الجزء الاول** وضعت لها وعة من الدمى في حوض الحمام الفارغ. وتركت حرة تماما في الذهاب إلى ة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج دمية من الحوض ا لاتبقى بالقرب منه . وفى **الجزء الثانى** من العلاج وضعت الطفلة مرتين

على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما أمتلأ الحوض بالماء ، والدمى تطفو فيه . وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء ، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الاخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل اليها. وأخيرا دخلت الماء مترددة وخافت قليلا حينما ابتلت .

أما في الجزء الثالث فقد تم اعطاؤها " الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام ، وقد أعطيت دمية محببة لتلعب بها ، ولكن المرآة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكاؤها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضا تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاشة في الفناء

وكانت الخطوة الرابعة والاخيرة هي اعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء جار . وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الاحضان الابوية والحزم أوقفاها عن البكاء بعد يومين . وقد شفيت "مرجريت" بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واختفى خوفها من الصنابير والاحواض ، بل أنها أيضا أبدت سلوكا مرحا باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرطش الماء من حولها في سعادة بالغة .. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الاصلية قد اندثرت تماما .

ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مرجريت بانه : " لو أن تلك الحادثة التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فانها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها" (٦)

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يبدو عليها جميعا طابع البساطة .. فمصادر الخوف معروفة .. والاستجابة كانت سريعة .. فاننا سنبين في

ثنايا هذا الكتاب بانه من الممكن تعميم نفس هذه المبادىء النظرية على حالات اكثر تعقيدا .. حالات لاتكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير ألبرت أو الطفلة مرجريت .. بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر ، وقد لاتكون هذه العناصر متشابهة دائما .

ان معطيات هذا الاسلوب الايجابية في الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي دون شك بان هذا الاسلوب يؤدى إلى فوائد علاجية وتغيرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبث القلق بحياتهم عبثا ملحوظا

خطوات عملية – علاجية

لاجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة اجراء التطمين عادة من أربع مراحل هى :

١ – تدريب المريض على الاسترخاء العضلى .

٢ – تحديد المواقف المثيرة للقلق .

٣ – تدريج المنبهات المثيرة للقلق .

٤ – التعرض لاقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء ، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة لقلق فاكثر ..

وفيما يلى بعض التفاصيل عن كل مرحلة :

أولا : تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الخامس) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الاولى .

ثانيا: تحديد المنبه الرئيسى المثير للقلق :(هل هو خوف من الاماكن المغلقة ؟أم ، خوف من الحديث أمام الناس ؟، خوف من التعبير عن العدوان ؟، خوف من تاكيد الذات ؟ـ الخ) .

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيرا ، الاان هناك نقاطا حيوية يجب التنبية لها . ذلك لان طالب العلاج في كثير من الاحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته . فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات أنفعالية لم نعبر عنها صراحة(٧) . وكمثال لذلك حالة (ب) مهاجر مصري للولايات المتحدة الامريكية في الاربعين من عمره ، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام . متزوج وله خمسة أطفال . يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة . وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة . جاء يطلب مشورة الكاتب لانه في الفترة الاخيرة قد بدأ يكره عمله ، وأنه يفكر في تركه ـ بالرغم من أنه لم يجد عملا اخر بعد وانه فيما يعبر يشعر بأن " كابوسا يكبس عليه " عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل .

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل . الأانه بسؤال (ب) تبين أن قلقة يقوم على قلق اخر وهو عجزه عن تاكيد نفسه في العمل، خاصة مع رئيسه وزملائه الامريكيين في العمل الذين ـ كانوا يصفهم ـ أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل.

من المهم أنن أن نتبين أن الاسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون كثير من الاحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية ،

التنبه لذلك ضرورى ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهدا ضخما . لذلك فأن الخطوة الاولى التي يجب التنبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الاشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسيا أم ثانويا (أي راجعا لأسباب أخرى أساسية).

ولنتامل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندسا كهربائيا . وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق. ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الاسانسيرات انما هو خوف ثانوى يداري به قلقا أساسيا متعلقا بحياته الجنسية وزوجته الشابة .

مريض : لدي خوف من الاماكن الضيقة.

معالج : أوضح أكثر؟.

مريض : أشعر بقلق ، وبالعجز عن التنفس. واحيانا تسوء حالتي واضطر للخروج جريا لاستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي شيء فظيع .

معالج : أريد أن أعرف شيئين أساسيين. متى بالضبط ، واين تشعر بهذه الحالات. لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك ؟ .

مريض : (يفكر) .أنا سني الان ٣٢ سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الاشياء في التاسعة والعشرين .

معالج : يعنى بدات منذ حوالي ثلاث سنين.

المريض : نعم تقريبا .

المعالج : كيف كان حالك في تلك الفترة ؟ يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات ؟ .

المريض : لاأظن . كنت عاديا وأنا أستقل الاتوبيس من المنزل للعمل كل يوم . لم تكن هناك مشكلات .

المعالج : طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك ؟

المريض : مجرد شعور بأنني خائف ومشدود الاعصاب . بدأ ذلك لاول مرة عندما كنت أستقل الاسانسير وكان مزدحما والجو فيه حار وخانق . لذلك تركته وأخذت الدرج . لكنني بدأت بعد ذلك اتجنب حجرة الإجتماعات لانه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت اضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيقوالاختناق . وحاولت أن أتعاطي بعض المهدئات ، ولكن دون فائدة. وحتي الآن لازلت أبقي كرسي مجاورا للباب حتي أذا أحسست بشيء ما أستطيع أن أهرب سريعاً، لاأدرى لم؟ ذهبت للدكتور فقال إنه عداوة مكبوتة .

المعالج : وهل أفادك هذا التفسير شيئا ؟ أعني ما الذى فعلت به ؟

المريض : لاأدري .. لم أعرف ماذا أفعل به .

المعالج :حتى أنا لاأدري! ..علي أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلا إلى ماكان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا أعني خوفك من الاماكن الضيقة ، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك ؟

المريض : تعني أي شيء.

المعالج : نعم أي شيء تتذكره.

المريض : هه دعني افكر لحظه (همهمة .. تنهد) منذ ثلاث سنين ؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين . غير اني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن .

المعالج : هل تعتقد أن هناك علاقة ما ؟

المريض : لاأرى ذلك ، مجرد اتفاق زمني .. أليس كذلك ؟

المعالج : من الجائز .. غير أنني أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم في هذه النقطة .

المريض :لا. أنني لاأري أيه صلة .

المعالج : أذن هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة ؟

المريض : أتريد اللف.

المعالج : لاأعني.

المريض : أنظر ، أنني لاأريد أن اطلق زوجتي - حتى وان كانت هناك صلة أنا لاأريد الطلاق.

المعالج : ومن يتحدث عن الطلاق

المريض : آه.. يعني

المعالج : اسمعني ..انظر حتي لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لم لاتحاول أن تفكر في علاج هذه المشكلات وأن نخلق لديك شعورا بحرية الحركة من خلال الزواج بدلا من الانفصال والهدم؟ - أعني أننا لم نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الاماكن الضيقة. قد نجد تلك الصلة أو لانجدها. لكن اذا كنت تشعر أن هناك مشكلات مافي حياتك الزوجية فلماذا لاتحاول مواجهتها وحلها حتى وان لم تكن لها صلة بمخاوفك من الاماكن الضيقة ؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أنني ساهدم حياتك الزوجية .أخبرني- علي أية حال - كيف تستجيب زوجتك لمشاعرك بالخوف؟.

المريض : متفهمة للغاية.

المعالج : جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم ؟

المريض : ماذا تعني ؟

المعالج : جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك.

المريض : لا أظن.

المعالج : على اية حال دعني أسأل سؤالا ثانيا : حدثني عن علاقتك الجنسية بزوجتك ؟

المريض : سؤال غريب حقا (لحظة صمت) الحقيقة أنني الان لاأحتمل الاتصال الجنسي بها .. وأشعر بأنني على وشك السقوط.

المعالج : بماذا تشعر بالضبط؟.

المريض : دعني أتذكر. اشعر كأنني في مصيدة وكأني مضغوط عليه .. عاجز عن التنفس ومختنق.

المعالج : لدي احساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر كانت ولا تزال مسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الاماكن المغلقة لو نجحنا في علاج مشكلاتك معها انني أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معا حتى نصل سويا إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما (٨)

هنا نلاحظ أنن أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الإجتماعية الزوجية الخاصة لهذا يجب أيضا أن تتضمن خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات ولهذا فلا بد في كثير من الاحيان من معالج نفسي ماهر يساعد عميله من خلال الاسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقية.

ويمكن بالطبع التوصل بذلك من خلال عدد من الوسائل منها : الاسئلة الاستكشافية التي يسألها المعالج ، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص وسؤاله عن الملابسات التي صاحبت ظهور اضطراباته ... فقد تكون هذه الملابسات هي السبب الرئيسي للقلق (كما في حالة الشاب السابق الذي ظهرت مخاوفه من الاماكن الضيقة مصاحبة لزواجه) - ويمكن أخيرا استخدام استخبارات الشخصية.

ثالثا : تدريج المنبهات المثيرة للقلق .. موقفا موقفا :

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة ، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة ، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة ، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع ، اذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات آثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة. ولنتأمل كمثل من أدلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات ـ والخوف من الرفض الإجتماعي.

أ - ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب :

١- شهر قبل الامتحان

٢- أسبوعان

٣- أسبوع قبل الامتحان

٤- خمسة أيام قبل الامتحان

٥- أربعة أيام

٦- ثلاثة أيام

٧- يومان

٨- يوم واحد قبل الامتحان

٩- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان

١٠- أنتظار فتح صالة الامتحان

١١- في انتظار توزيع ورق الاسئلة

١٢- ورقة الاسئلة مقلوبة

١٣- قراءة ورقة الاسئلة.

[illegible]خوف من كراهية الناس (الرفض) :

[illegible] التقدم لطلب عمل يحتاج لاجراء مقابلة شخصية.

[illegible]الوجود في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.

[illegible] الابتعاد عن النشاط الإجتماعي لمجموعة.

[illegible] مخاطبة مجموعة من الاشخاص.

[illegible] شخص اخر يحاول أن يتلمس له العيوب.

[illegible]كم من الزوج (أو الزوجة) والاصدقاء.

[illegible] استهزاء من الاصدقاء.

٨- تعليقات من الـزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شـأن الشـخص (أي إستهزاء).

والذي يجب تاكيـده على أية حـال أن وضع هذه التـدريجـات يتـوقف على الشـخص نفسـه، بمعنى أنه لايجـوز تطبيق التـدريجـات السـابقـة آليـا على أي شـخص حتى ولو كانت مـخاوفه من نفس النوع. فعلى سـبيل المثـال قـد يجيء شـخص للعلاج النفسي - وكلاهمـا يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس .. الا أن سـؤال كل منهمـا عن الشـروط المحيطة بهذا القلق قـد تبين أن أحـدهمـا يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الاشـخـاص الحـاضـرين (الرؤسـاء أو الآباء أو نماذج السلطة). أمـا الآخر فـقـد يتـوقف قلقـة على حـجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فـان تدريج قلق الشـخص الاول يجب أن يراعى تدريج نماذج السلطة :

١- الحديث أمام أشخاص غرباء

٢- الحديث أمام الجيران

٣- الحديث أمام الزملاء

٤- الحديث أمام الآباء

٥- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس)

٦- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها

أما في حالة الشخص الاخر فان التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص :

١- الحديث مع شخص من نفس الجنس

٢- الحديث مع شخص من جنس آخر

٣- الحديث مع شخصين

٤- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة

٥- الحديث أمام مجموعة من الناس

كذلك قد يتفاوت تدريج منبه معين من شخص إلى اخر فالحديث أمام الآباء ثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما ن العكس عند البعض الآخر. وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند ض بالمقارنة بالبعض الاخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو ام (٩).

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من لى أخرى. فما كان في الشهر الماضي يحتل وزنا أكبر قد يتضاءل وزنه في الراهن.

لهذا من الافضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حده وبعد تساؤل فسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الافضل كتابة هذه التدريجات بالقلم اص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها.

رابعا : الان وبعد أن أمكن تدريج الموقـف (أو المواقف) المثيرة للقلق، أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدا للدخول في اءات العلاج. وتنحصر اجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو

في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه ، مستخدما قدرته على التخيل إلى أقصى حد ، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الاجراءات التى يستخدمها المعالجون عادة . لعلها تمنح القارىء بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي . وهذا المثال من وصف لإجراءات هذا الاسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد، وإرتفاع متوسط ذكائها :" سأطلب الآن أن تتخيلى بعض المواقف والصور. حاولى أن تجعلى خيالاتك حية كأنها حقيقية . ركزى ذهنك فيها . من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التى تتملكك الآن . لكن اذا أحسست في أي لحظة بأنك مشدودة فما عليك الا أن تشيري بيدك اليسرى ... جميل ".

" والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مألوف . اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله . العربات والموتوسيكلات ، والدراجات، والناس وعلامات المرور والاصوات (انتظار ١٥ ثانية) . جميل! والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء . اذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي اصبعك (لاترفع أصبعها) . والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء . اليوم هو ٢٠ في الشهر وباق حوالي شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوان) . والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك .. استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوان) . مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان الا شهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك . أرخ عضلاتك جميعها ودعي نفسك وحاولي أن تتذوقي الراحة التي تتملكك (١٥ ثانية) . والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين

قبل الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن التخيل ولا تفكرى في أي شيء اخر غير جسمك (٥ ثوان) . اذا كنت قد أحسست بأي قلق فأشيري بإصبعك (ترفع المريضة الآن اصبعها) . اذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والاولى فاستمري كما أنت . أما اذا لم يكن هناك أي تغير فأشيري بإصبعك (لاترفع اصبعها) . جميل أنت الآن في إسترخاء (١٥ثانية) . الان تخيلي نفسك على كرسي في داخل اتوبيس وبجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان) . الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من إسترخاء (١٠ثوان) . الان تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل ومن أسفلك في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (١٠ ثوان) * توقفي الآن عن هذا . سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بمنتهى الراحة والهدوء " .

ويعلق " ولبي ولازاروس" على هذه الحالة بالعبارة الآتية :

" وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم . وفي إجابتها على الاسئلة التي سئلت بعد ذلك ، بينت أنها تشعر بمنتهى الهدوء، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهى الوضوح . كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدى

---

* تفضل هذه الصورة بدلا من الصورة التى وضعها المؤلفان في المثال الاصلي وهي " تخيلي نفسك تجلسين على كرسي في محطة اتوبيس . واثنان من العمال يتكلمان ويتناقشان " . وعلى أية حال من الممكن التعديل من محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الاطار الحضاري . وفي كل الأحوال يجب أن يكون التخيل من النوع المحايد الذي لايثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء .

المذاكرة والمشادة ، وبالرغم من أن القلق تضاءل في حالة التكرار ، فانه لم يصل في كل الاحوال لدرجة الصفر ".

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الاجراء :

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على آثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث – لسوء الحظ – أن هناك فروقا فردية ضخمة في مقدار اليسر والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في آثارة هذه الصور الذهنية . البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة ، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليون. وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة ، الاأنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الاولى على آثارة صور ذهنية محايدة ، وقصيرة تؤدي لبعض الفوائد . كذلك أجد أن سؤال المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفهاله مثل القلم الرصاص ، والسيجارة .. الخ ثم ان يحاول ان يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الاشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضا إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على التخيل.

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته الحالية. أو لحوادث مباشرة من الذاكرة. ويؤدى ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنيا في الموقف المتخيل ، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل الان ليس كمجرد متفرج من الخارج .

ومع ذلك فانه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها . فبالرغم من صحة ...ائين الفروق الفردية ، بهذا الصدد الا أنني لم أجد حالة تعجزعن التخيل. ...ي الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا، كان ذلك بسبب عوامل ...رى كاستهانة المريض بالاسلوب ، وتشتت انتباهه ، وعدم تركيزه واتجاهه ...و المعالج. كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الاسلوب تلعب ...را أساسيا في اقتناع المريض به، وبالتالى سهولة اندماجه في التخيل.

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من ...يضه أن يتخيل الموقف تدريجيا .. فهو لايأخذه كما في حالة المرأة ـ الميدان، الطبيب ـ الجزء إلى المواقع الحية التي تستثير القلق. والاعتماد على ...خيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات . فهل تؤدى اثارة المواقف ...يفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي ...ا العلاج في المواقف الفعلية ؟ وهل من الافضل أن نصطحب من يجزع ...لا من الاماكن العالية إلى قمة برج ، أم من الافضل أن نجعله يتخيل قمة ...رج ؟

اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية ...سلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال ، والتدريج من خلال ...صاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث ...تعارضة . فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهرى بين مجموعتين من ...رضى بالخوف من الثعابين عولجت احداهما باستخدام شرائح التصوير ...لونة ، وعولجت الاخرى بالتعرض لثعابين حقيقية.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في صال
التعرض للمواقف الحية ، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال م
المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. ولكن العلاج في المواقف الحية لايخ
من أثارة بعض المشكلات لانه يتطلب من المعالج الخروج بعميله م
المستشفى أو العيادة ، وبالتالى قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواق
والمنبهات العلاجية الاخرى. وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمريضه في تل
المواقف التي كان يتجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل نستطيع أن نتحك
فى عملية الاسترخاء وبعث الطمئنينة ؟

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريا أحيانا
خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثير
للتهديد بوضوح كاف. كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحدي
النوعي والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم مالم يتعرضوا م
المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفي
حالات الإكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لا
تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجي
واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريج الحي.

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لاسلوب التدريج في مواقف
حية. فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لانواع من النشاط فى الحياة
اليومية (التى كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه وبالتالى تساعده على

ادة ادراكه وصياغته لمشكلته من جديد ، مما يؤدى إلى احتمالات علاجية
أقوى. ومن ناحية ثانية فان المعالج قد يستطيع أيضا أن يلاحظ بعض
أساليب المريض في التفاعل الإجتماعى التى تؤكد كثيرا من الانماط غير
المرغوبة فى سلوكه وبالتالى يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه
الاساليب .

التطمين المتدرج وحدود تطبيقه :

منذ أن أبتكر هذا الاسلوب وهو يستخدم بنجاح فى علاج المخاوف
المرضية. وحتى فى هذه الحالات لابد من وجود شروط أخرى لكى يمكن
استخدام هذا الاسلوب بنجاح منها :

١- أن لاتعود المخاوف المرضية على الشخص بأى مكاسب أساسية
أو ثانوية ، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض
المخاوف (كالظلام أو المرض، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدى إلى
استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب ، العطف الشديد ،
تلبية رغبات لم تكن ملباه من قبل.. الخ) ؟.

٢-أن تكون مخاوف الشخص محصورة فى المواقف التى تثيرها
وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبث علاج
مريض بالمخاوف من الاماكن الضيقة بوضع تدريج الاماكن ، بالرغم من

أن مخاوفه ناتجة أساسا من قلق الانحصار فى علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة .

٣- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

٤- أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الاسلوب.

أما من حيث الاشكال الاخرى من الإضطرابات الإنفعاليه فان أسلوب التطمين التدريجى لايؤدى إلى نتائج ايجابية الا اذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجى فى هذا الاطار استخدامه فى التقليل من الآثار الإنفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجدون فيها أحزانا تضاف إلى احزانهم. ويكون ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة ، أو المخجلة فى حياتة ، والتى تكون لها أثار انفعالية قائمة حتى الان إلى تتحيد مشاعره نحوها (١٠).

وهذا الاجراء الاخير فضلا عن دوره فى كف الاستجابات الإنفعالية القديمة كالخوف ، والخجل ، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على اعطاء المريض منظورا ادراكيا ، وأسلوبا شخصيا جديدا لاعادة ادراك تلك الاشياء القديمة ، بالتالى التخفف من آثارها الإنفعالية المستمرة. فقد ينتهى تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة ـ أو أنها غير مهمة .. أو " أننى لاأهتم ولا أكترث لذلك " لكن الوصول بالمريض لهذه

الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلى والمنطقى أثناء آثارتها *.

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلى لهذا الاسلوب أوأى أسلوب علاجى على الاطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه. والمعالج النفسي الناجح هو الذى يعرف نفسه بكثير من الاساليب وبكثير من المرضى حتى يختار الاسلوب الملائم فى الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الإضطراب الملائم (١٠).

---

* يستخدم هذا الاسلوب كذلك للتقليل من الاثار الإنفعالية التى تصيب الاشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع أخربسبب الهجرة أو الدراسة أو البحث عن العمل .. وذلك بحث الشخص وهو فى حالة استرخاء عميق على تخيل الحوادث أو الاشخاص الموجودة فى المجتمع الاصلى والتى تستثير الاحزان والإكتئاب إلى أن تصبح نظرتنا نحوها اكثر واقعية ـ مع تدريج المواقف التى تستثير الإكتئاب والقلق فى المجتمع الجديد وحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلى لاتجاهنا السلبى نحوها .

الخلا[illegible]ـة

التـخلص من الإضطراب والقلق بالتـ[illegible]ـوض التدريجى للاشيـاء أو الموضوعات التى تثيرهما كان ولا يزال مز[illegible]ـخنون الرئيسية التى تتجه لها مواجهة الإنسان العادى وحكمته. وطريقة ا[illegible]ـطمين التدريجى التى يلجأ لها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ، أى ا[illegible]ـشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا، إلى أن تتحيد [illegible] مشاعرنا الإنفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف ا[illegible]ـلجون السابقون هذا الاسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبـ[illegible] الكف المتبادل بمثابة الاساس العلمى الذى قدمه علم النفس الحديث لتفـ[illegible]ـير نجاح هذا الاسلوب. فاذا نجحنا فى استثارة استجابة معارضة للقـ[illegible] (كالتطمين التدريجى) فى حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أ[illegible]ـؤدى ذلك إلى كف كامل للقلق وبالتالى يختفى ويتناقص بعد ذلك. ويتطلـ[illegible] اجراء التطمين المتدرج مراحل منها تحديد المواقف التى تثير المخاوف الر[illegible]ـيسية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حده فى قائمة تبدأ باقل [illegible]ـيهات آثارة للخوف فى الموقف مع الصعود إلى أشدها آثارة، ثم يصبح [illegible]ـوقف معدا لاجراء العلاج بعد ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة ا[illegible]ـسترخاء وهدوء أن يتخيل نفسه فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق فـ[illegible] البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبـ[illegible] الانتقال للمواقف الاشد وهكذا حتى تنتهى القائمة. وهناك طريقه أخـ[illegible] تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحية بدلا من تخيلها. ولكل [illegible]ـطريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن

الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الاسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية الا أنه يصلح أيضا فى علاج بعض حالات الإكتئاب خاصة عندما يكون الإكتئاب استجابة شديدة لحادث خارجية محددة كفقدان قريب أو عمل، أو متعلقا بأحزان محددة فى الماضى. ونسبة نجاح هذا الاسلوب في علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الاسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند عرضنا له في الفصل الخامس.

مراجـــع وتعليـــقات

١- للمزيد من تفاصيل حالة " ألبرت " أنظر :

Watson, & Rayner, R (1920) : Conditioned emotional reactions *Journal of Experimental psychology*, Vol. 3 pp. 1-14.

٢- يعود الفضل في علاج " بيتر " لجهود المعالجة السلوكية ماري كوفر جونز Cover Jones التي كانت تنتمي لتفكير " واطسون " ويلاحظ أن، المنهج الذي استخدمته كان أول منهج يستخدم أسلوب التدريج في التعرض لموضوعات مبكرة بأساليب التطمين التدريجي الحديثة. أنظر :

A. Jones, Mary Cover (1924) : The elimination of children fears. ***J. of Experimental Psychology***, Vol. 31, pp. 308-315.

B. Jones, M. C. (1925): A laboratory study of fear : The case of Peter. ***Pedagogical Seminar***, Vol. 31, pp.308-315.

٣- للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته في العلاج النفسي أنظر:

Wolpe, J. (1958) : ***Psychotherapy by reciprocal inhibition***. Stanford University Press.

٤- للمزيد عن إستخدام أسلوب التطمين التدريجي في علاج المخاوف المرضية التي توجد لدى المرضى العقليين أنظر:

Hagen R. (1975) : Behavioral therapies and the treatment of schizphrenics. ***Schizophrenia Bulletin***, No. 13. pp. 70 - 96 .

٥- هناك وصف كامل لحالة المرأة – الميدان في:

Lazarus, A. (1971) : ***Behavior therapy and beyond***. New York Mc. Graw-Hill.

٦- تفاصيل حالة الطفلة "مارجريت" وردت في الترجمة العربية لكتاب :

أيزنك، ***الحقيقة والوهم في علم النفس***، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي

القاهرة : دار المعارف، ١٩٦٩، ص١٤٨-١٤٩.

٧- بالرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لايهتمون الا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما. الا أنهم بدأوا حاليا يتنبهون إلى أن الشكوى الظاهرة تغطي في بعض الاحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وأن هذه الإضطرابات الإنفعالية قد تكون أكثر خطرا من الشكوى الظاهرة ..

للمزيد عن ذلك أنظر :

Lazarus, A (1971) : ***Behavior therapy and beyond***. New York Mc Graw-Hill.

٨- ورد هذا الحوار فى المرجع السابق. وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف

٩- للمزيد عن تدريجات عدد كبير من الإضطرابات الإنفعالية يمكن للقارئ النظر إلى :

Wolpe, J, & Lazarus, A, (1966) ***Behavior therapy techniques: A-guide to the treatment of neurosis*** Oxford : Pergamon Press.

١٠- يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجي التركيز على الأعراض الظاهرة فقط دون الإضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطرابا أعمق فى الشخصية - فاذا ما عالجنا الخوف المرضى من مكان أو شخص أو شئ معين دون أن نعالج الإضطراب الإنفعالى فان المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضا مرضية ، بأعراض مرضية أخرى .

لكن هذا لم يحدث فى حياة المرضى الذين عولجوا .. أي أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضا بأعراض أخرى - مما يدل على خطأ الفرض التحليلى النفسى فى هذه النقطة. للمزيد عن هذه النقطة أنظر :

Eysenck, J, J, (1978) : ***You and neurosis.*** Glasgow : William Collins, p. 100 - 111.

ومن رأى ايزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدى إلى شفاء كامل ودائم.

مراجع عامة عن أسلوب التطمين التدريجي

فضلا عما ورد فى النقاط السابقة من مراجع وكتابات .. فاننا نقترح على القارئ الذى يبغى التعمق فى هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التى تضف له بالتفصيل الاجراءات التى يجب إستخدامها أثناء التطمين التدريجى. ونعتقد فى فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أوسيمارسون العلاج النفسى من الأطباء والاخصائيين:

a. Lazarus, A. (1971) : ***Behavior therapy and beyond***, New York : McGraw. Hill .

b. Lazarus, A. (1972) : ***Clinical behavior therapy***. New York : Brunner Mazel.

c. Masserman, J. H. (1975) : ***Behavior and neurosis***. Chicago: University Chicago Press.

d. Meyer, V. & Chesser, E. (1971) : ***Behavior therapy in Clinical psychiatry***. London : Penguin Books.

e. Paul, G.L. (1969) : Outcome of Systematic desensitization 1 : Background, Procedures and Uncontrolled Reports of Individual treatment. In Cyril Franks (ed.)***Behavior therapy : Appraisal and status***. New York : Mc-Graw-Hill, pp. 63 - 104.

الفصل الخامس
أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكلينكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنه ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسي اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة وفي كتاب مشهور له بعنوان

" الاسترخاء التصاعدى "rogressive Relaxation (١،٢،٢)

قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدى إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكى اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء فى تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الاساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي جوزيف ولبى Joseph wolpe نظرية كاملة فى العلاج النفسي تقوم على ارخاء العضلات أرخاء عميقا (٥٤).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الاطلاق ، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه فى الاسترخاء العضلى يقوم على نفس الاسس التي وضعها جيكيبسون ، الا أنه يستخدمه كجزء من منهجه العام فى التخفف من الأمراض العصابية بطريقة التطمين التدرجى التى سبق الحديث عنها. ولكى نبين كيف يمكن اجراء الاسترخاء العضلى علينا أن نبين الان السر فى فاعليته ونجاحه فى التخفف من الإضطرابات الإنفعالية والقلق .

لماذا يستخدم الاسترخاء ؟

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجى منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الإنفعالية بتغيرات وزيادة فى الانشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات فى الجبهة . وفى سنة ١٩٥٨ تبين أيضا أن أثارة الإنفعالات تؤدى أيضا إلى توترات فى الرقبة ، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسط (*) . كذلك تتوتر حتى عضلات الاعضاء الداخلية كالمعدة ، والقفص الصدرى ، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية فى اليدين والذراع .

ومن الثابت أيضا أن الزيادة الشديدة فى التوتر العضلى تتوقف أساسا على شدة الإضطرابات الإنفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه . ومن المؤسف أن التوتر العضلى الشديد لايساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق ، والنشاط البناء ، والانتاج ، والكفاءة العقلية . فالاشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناءاً.

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمى - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم ، لانه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لايكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى مثل عدم

* على سبيل المثال تبين أن كثيرا من الجنود فى الحرب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبرز .

الاستقرار الحركى والتقلب المستمر والذهن المشحون بالافكار والصراعات .

وإذا كان الإضطراب الإنفعالى يؤدى إلى اثارة التوتر العضلى فان من الثابت أيضا أن آثارة التوتر العضلى تجعل الشخص مستوفزا للانفعال السريع فى الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الإجتماعية بالغضب مثلا. قس على ذلك أي انفعال اخر سلبى ، (كالخوف ، والضيق) أو ايجابى (كالحب ، والسرور ، والتقبل...) والعكس أيضا صحيح ، بمعنى أن ارخاء التوترات العضلية ، وايقاف انقباضاتها يؤدى إلى التقليل من الإنفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء .

التوتر العضلى والأمراض النفسية :

فى الظروف العادية ، تشيع حالات التوتر الخفيفة ، والمؤقتة ، استجابة للمشكلات العقلية والإجتماعية التى تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة . غير أن التوتر فى تلك الحالات يعتبر ضروريا لابقاء على الفرد فى حالة من اليقظة ، ولا ينتهى بمضاعفات مرضية مبالغ فيها .

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الافراد ممن يعيشون طول الوقت تقريبا فى حالة من التوتر الشديد ، ويصطحب هذا باستثارة فى الجهاز العصبى، من مظاهرها جمود عضلات بعض الاعضاء ، وارتفاع الضغط ، وزيادة نبضات القلب ، واضطراب انتظام التنفس.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلى يظهر بين الاشخاص العصابيين الذين يعانون من حالات الصرع المستمر والقلق.

ويمتلئ التراث السيكلوجى ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل اكثر فى حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففى مقارنة بين مجموعة من الافراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الاخيرة تعانى من الإضطراب والتوتر العضلى تحت كل الشروط. وفى حالات الإضطراب الوجدانى تبين فى مجموعة من الافراد وجود زيادة مبالغ فيها فى بعض الاستجابات التى تنتمى لاطار التوتر العضلى مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفى مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابيين بالجنون الدورى (أى الانتقال فى فترات منتظمة من الإكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين والاسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلى.

وقد يوحى هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدى إلى بعض النجاح فى علاج الإضطرابات الفصامية.

وفى حالات الإكتئاب النفسى تبين الدرسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف فى النشاط الحسى والحركى (البطء فى الحركة، والكلام، والاستجابة) الذى

[ق]د يوحى بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فان [م]قارنتهم بمجموعة من الافراد العاديين على مقاييس التوتر فى الجبهة، [و]الفكين، والذراعين والقدمين بينت أنهم اكثر توترا من الاسوياء. وتبين [ب]حوث مماثلة أن هذا التوتر يختفى أو يتضاءل بعد العلاج النفسى.

أما فى حالات القلق والصراعات النفسية، فان هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلى. فعدم الاستقرار، و[ال]شد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الاظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين - ألخ، ما هى الا مظاهر قليلة من الإضطرابات العضوية والشائعة فى حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص [فى] حالة القلق من التوتر فى جسمه، والصداع، وآلام الظهر، وخفقان القلب [ور]بما الام فى القدم والساقين، والذراعين ...الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له [ف]ضلا عن هذا فان هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلى واستخدام [الع]قاقير المطمئنة التى تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ...وس فى حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهرية التى تشيع بين [مر]ضى العصابيين كالوسوسة، وطقطقة الاصابع، وقصم الاظافر، [وال]حركات القهرية فى الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هى [إلا] أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الإضطراب الانفعالى ؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات عقلية عامة فى الجسم كله مصاحبة للاستثارة الإنفعالية ، هناك بعض الدراسات الشيقة التى تحاول أن تتابع الاستثارة الإنفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلى. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات) فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والإنفعال فى شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس فى الجسم كله. .

وعلى سبيل الامثلة ، هناك ما يدل على أن الصداع ، وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلى) تشيع لدى الاشخاص الذين يتميزون بالكسل ، والعجز عن الفعل والنشاط.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة ، أو الرأس ، أو الذراع غالبا ما تكون هذه الاعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها .

وفى دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسى (أى الصداع الراجع للتوتر النفسى) يحدث بشكل خاص فى حالات القلق.

أما المواقف التى تستثير الاحساس بالصراع ، أو الذنب فإنها غالبا ما تؤدى إلى آلام فى الظهر.

وفى دراسة على مجموعة من المرضى من ذوى الاستعداد للاستجابة بالصداع ، وآلام الرأس ، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم فى الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية فى الجبهة.

وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية فى الجسم تحدث فى حالة الإضطرابات الإنفعالية الدائمة فقط ، بل وعند آثارة أنواع من الصراع أيضا . فمثلا تبين أن أثارة العدوان تؤدى إلى زيادة فى توتر عضلات الجبهة ، بينما تؤدى اثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسى إلى آلام وتوترات فى الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعى للمنبهات الإنفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية فى عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا . فالفرد الذى اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه فى كل الاضطرابات الإنفعالية الاخرى (العداوة ، الجنس ، الصداع .. ألخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الافراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة (فى الجسم كله) ، بينما يستجيب البعض الآخر بالصداع ، أو بآلام الظهر ، أو بأى نمط عضوى اخر ، فان الاجابة لاتزال غير محسومة بعد. ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوى نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، و إلى عوامل اجتماعية ، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر فى عضو معين، بينما لاتدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء

اخرى ، وربما يكون أيضا بسبب عوامل شخصية ، ، وانماط خاصة من التكيف الفردى .. فالشخص المستثار انفعاليا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوتر لديه عضلات العينين ، أو الذراعين ، أو الظهر - او كلها جميعا.

والخلاصة من هذا أن بحوث "نوعية التوترات" قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسى. وعلى سبيل المثال فإن تنبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلى المستثار. وسيساهم ذلك فى أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

التدريب على الاسترخاء :

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلى المنظم فى العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية ، فى كل منها يجب أن تخصص عشرين دقيقة على الاقل لتدريبات الاسترخاء. وفى نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه بحسب الارشادات العلاجية .

ويجب قبل البداية فى التدريب على الاسترخاء أن نعطى الشخص تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسى (أى القلق) ، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلى ماهو الا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة (أوسرير) يؤدى إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب فى هذا أن هناك علاقة واضحة بين

ى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة لق) .

ولا يوجد ترتيب محدد للاعضاء التى يجب البداية باسترخائها لكن من الضرورى بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة ، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية ، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلى ونتائجه من ناحية اخرى ، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لان كثيرا من العوامل المهيئة للتوتر تتركز فى القدرة على السيطرة على عضلات الوجه ، منطقة الرأس بشكل عام - وهكذا . وعلى العموم نجد أن أعداد المريض وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلى تتكون من النقاط الآتية :

١- يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لاتختلف عن أى مهارة يكون قد تعلمها فى حياته قبل ذلك كقيادة سيارة ، أو تعلم سباحة ، أولعبة رياضية جديدة وبعبارة أخرى يبين له أنه - أي المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودا ومتوترا ، وانه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أى قادرا على الاسترخاء والهدوء وان دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

٢ – يبين المعالج أيضا بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل فى أصابع اليد ، أو احساس اقرب للسقوط ، وانه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا « شئ عادى ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى » . وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لان كثيرا من المرضى – خاصة الهيستيرين – قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث فى عضلات الجسم.

٣ – ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة فى اللحظة ، أى فى عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الاحساس به. ولكى يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح فى هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات فى حياته التى كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعى أى أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التى كانت تهدئ مشاعره ، كالضوء الخافت ، أو التدخين ، أو الاسترخاء فى الظهيرة بعد وجبة شهية ... الخ).

٤ – من المخاوف التى تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات*

* خاصة فى المواقف التى يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج ، ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التى يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده .

فى مثل هذه الحالات من الافضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والاخر بتعليق أو بأكثر حتى يبعث الطمأنينة فى نفس المريض . وهذا الاجراء ضرورى بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض أو عندما يكون المريض (اذا كان من نفس الجنس) من النوع الذى تنتابه مخاوف من الجنسية المثلية . وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الامثل الذى يجب على المعالج أن يمارسه فى مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذى لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم فى حالة تراخى تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التى قد تعوق الاسترخاء التام. لكن فى كثير من الحالات خاصة فى الجلسات الاولى من العلاج قد يكون من الضرورى بين الحين والاخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه. وهذا ضرورى بشكل خاص فى حالات الاشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك ، أو عندما يكون المريض من الجنس الاخر الذى قد يتصور فى هذا الموقف نوعا من الاغراء أو التهديد الجنسى .

من العوامل الهامة التى قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل فى تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لاخطر فى ذلك ، فمن الافضل الرجوع بهذه الافكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة .

٧ – وأخيرا فان على المعالج أن يكون قادرا على فهم مريضه ، وحساسا لكل شكوكه ومخاوفه ، وقادرا على كسب ثقته وتعاونه فى نجاح الاسترخاء. وفى كل الاحوال اذا ظهر لاى سبب من الاسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للاجراء ، فان حساسية المعالج تجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة .

نموذج للتدريب على الاسترخاء :

من الضرورى أن نبين أن استرخاء اى عضو معناه اختفاء كامل لأى تقلصات أو انقباضات فى هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه فى الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه ، ويكون الاسترخاء ناجحا اذا لم نجد أى مقاومة من هذا العضو. بتعبير اخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أى نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكى فى قدرة الشخص على ذلك ، وبالتالى التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الارادى لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا . لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا – فى الوقت الحالى – بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوى الكامل تدريجيا . وقد اخترنا القارئ نموذجا لذلك فى نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا فى المواقف المختلفة التى قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (انظر التذييل فى نهاية الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن

...ى أن يقوم بتسجيل احداها بصوت عميق وهادئ ، وان يعيد التسجيل ...كل مرة يحاول فيها الاسترخاء ، منفذا التعليمات المتضمنة. وتبيع ...هد العلاج النفسى فى الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا ...ع ، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسى بعد انتهاء جلسات العلاج.

...طبيقات العامة للإسترخاء :

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج والشخص ...هما استثمارها فى اغراض عدة :

١ – من أول الاهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو امكانية استخدامه مع اسلوب التطمين التدريجى ، أو التعويد التدريجى على المواقف المثيرة القلق. صحيح ان من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده ، الا أن الغالبية تستخدمه جنبا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدرجي (الذى سبقت الاشارة إليه) .

٢ – وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط الذاتى فى حالات القلق الفعلى. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول فى مواقف (حياتيه) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التى تجرى عند الترشيح لعمل ما.. الخ.

٣ - في حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب ، الرئيس ... الخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات ، والتكيف معها - ونظرا لان هذه الشخصيات قد تكون مصدرا لقلق الشخص ، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها .. فان تذكره بانه قد تعلم خبرة جديدة وان عليه أن يمارسها الان (الاسترخاء) سيؤدى إلى نجاح أسلوب تمثيل الادوار وبالتالي تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

٤ - ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الاحيان لتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التى قد تكون احيانا من الاسباب الرئيسية في اثارة الإضطرابات الإنفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية . ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والمخاوف ، وتوهم الأمراض ، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذى كان يعتقد المريض أنه لاسباب فسيولوجية عضوية فيه. وبالتالي يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الان شيئا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيا . وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا* بطريقة أدت إلى تغيير

* فصام البارانويا : حالة من حالات الإضطراب العقلي التى تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدرا للخطر على الشخص نفسه او على البيئة . كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية ، أو عظمة بطريقة تفسد من أدراك الواقع وتشوه منه (أنظر الفصل الاول)

معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لايستطيع فهمها ، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات .

وكذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الاشكال المرضية . وأمكن ، على سبيل المثال ، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي . ففي حالة ما شاب كان يشكو من القلق والإكتئاب ، شكى أيضا أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أودقيقتين على الاكثر من الايلاج . وقد أدى هذا إلى آثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته . وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمسة عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الاجزاء السفلى من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة ان يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التى كانت تحيط بها . كذلك هناك بعض التقارير التى تبين نجاح استخدام هذا الاسلوب في حالات الصداع النصفي والارق .

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدى إلى تغيير في فهم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس ، ربما بسبب القوة التى يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه من قدرة على ضبط الذات ، والتحكم في التغيرات الجسمية.

الاجـــــــــــراءات :

تتفاوت اجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول - فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة في البداية ، والبعض الاخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات .. والتدريب الذي ستأتي الاشارة له في تذييل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة - وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التي يجنيها من الاسترخاء وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة :

١ - استلق في وضع مريح عند بداية التدريب - وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

٢ - المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا - ولاتوجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

٣ - ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح -(وربما وأنت واقف في بعض الحالات).

٤ - أبدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية.

٥ - اغلق راحة يدك اليسرى باحكام وقوة.

- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد .

- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وارخها وضعها في مكان مريح على مسند الاريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .

- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الاولى - والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى ، والى ان تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي . وانه بامكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

- كرر هذا التمرين (الشد والارخاء) مع بقية العضلات الاخرى بحسب ما هو موضح في التذييل.

- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة - سيمكنك في المرات التالية استغراق وقت أقل في ذلك.

- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي في مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الابقاء على بعض العضلات الاخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء كقيادة سيارة مثلا تحتاج لعينيك وقدمك ويدك في حالة من التأهب - لكن بالطبع يمكنك الابقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الاخرى في

حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر ، والبطن والساقين ـ لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت فى قمة النشاط.

- من المهم أن تستخدم قوة الايحاء والتركيز الفكرى لمساعدتك على الوصول إلى احساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة . لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضلى بالطريقة السابقة ـ اذا وجدت أن تفكيرك يهيم فى موضوعات أخرى أرجعه أوانيا إلى الإحساس بالجسم.

- لاتيأس اذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء ـ فان التكرار من شأنه ان يمكنك من ضبط الجسم بابقائه فى حالة استرخا ، أن عاجلا أو آجلا .

تذييل

تدريب على الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة

فيما يلى نموذج للتدريب العضلى أخذناه من مصادر متعددة لانه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية ، ولان خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى* :

« استلق الان على أريكة مريحة أو كرسى أو سرير وفى وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك ، أغمض عينيك ، واصغ إلى. سأنبهك الان لبعض الاحساسات أو التوترات فى جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وان تتحكم فيها ـ جميل !. أن جسمك الان لايزال بوضعه المريح ولاتزال عيناك مغمضتين فى استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا .. كل انتباهك الان وتركيزك فى ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص ، أغلق راحة يدك اليسرى أغلقها باحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الان وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر ، وتشتد انتبه لهذا التوتر والشد .لاحظه . والان دع هذا. افتح يدك اليسرى وارخها وضعها على مكان مريح على مستند الأريكة أو وسادة ولاحظ

* أشرنا إلى انه يمكن القيام بتسجيل تلك بصوت هادئ وعميق ، بالرغم من أن الرجوع للخبير فى العلاج النفسى من هذا النوع أكثر فائدة .

الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وماهى عليه الآن من استرخاء (عشر ثوانى صمت). والان مرة أخرى كرر ذلك : أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد . لاحظه ثم من جديد دع هذا كله . افتح يدك اليسرى ودعها فى وضعها المريح ولاحظ ماكانت عليه من توتر وماهى عليه الان من استرخاء. (١٠ ثوانى صمت) .

لنتجه الان ليدك اليمنى . اغلق باحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر فى اليد اليمنى والذراع (٥ ثوانى صمت) . والان استرخ ، أستمر فى وضعك المريح وارخ يدك اليمنى . لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وماهى عليه الان فى وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتذوقه (١٠ ثوان) . كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى باحكام وقوة . لاحظ ماهى عليه من شد وتوتر . ارخها ودعها فى وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تميلا ولينا قد بدأ ينتشر فى ذراعيك اليمنى واليسرى . كلا ذراعيك الان قد بدأ يسترخيان ... ويسترخيان .

والان دعنا نتجه إلى راحة اليد . اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر فى المعصم وظهر اليد . ادرس هذا التوتر ، ولاحظه . والان استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح ، ولاحظ الفرق بين التوتر الاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا مرة أخرى . اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد فى مقدمة الذراع وخلف راحة اليد . ثم استرخ وارخ معصميك .. عد بهما إلى وضعهما المريح .. دع نفسك على سجيتها . وأشعر باسترخاء أكثر وأكثر

والان أطبق باحكام كفيك، وانثهما فى المقدمة فى اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين فى ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى المرفق. حاول أن تدرس التوتر وان تحسه . والان استرخ . اسقط ذراعيك إلى جنبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى عضلات الذراع بما هى عليه الآن من الاسترخاء النسبى الذى تحسه الان (عشر ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى . اقبض كفيك باحكام وأنثهما فى اتجاه الكتفين محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف واسقط ذراعيك واسترخ. أشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان) والان دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أى الكتفين . ارفع كتفك كما لو كنت تود أن تلمس أذنيك بكتفك. لاحظ التوتر الذى يظهر فى الكتفين وفى عضلات الرقبة. ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق المتعارض بين التوتر والإسترخاء كرر ذلك مرة أخرى. أرفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الاذنين. لاحظ التوتر فى الكتفين والرقبة. ادرس هذا التوتر فى تلك العضلات. والان استرخ أرخ عضلات كتفك ، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان) .

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخى مختلف عضلات وجهك الان عليك بأن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى ان تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وان جلدها قد (تكرمش) . والان استرخ ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعهما المسترخى. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد.

غضن جبهتك . ولاحظ التوتر فى منطقة الجبهة ، وأعلى العينين . والان ارخ الجبهة ،واسترخ بعضلاتها . ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء فى الجبهة (عشر ثوان) .

والان أغلق عينيك باحكام . أغلقهما باحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التى تحكم حركات العينين (خمس ثوان) . والان ارخى تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . أغلق عينيك باحكام وقوة . والتوتر يشملهما . استمر (٥ ثوان) . والان استرخ .. ودع عضلات عينيك على سجيتها فى وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان) .

والان أطبق فكيك وأسنانك باحكام كما لو كنت تعض على شئ . لاحظ التوتر فى الفكين . (٥ ثوان) . والان دع فكيك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا ، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء فى منطقة الفكين (١٠ثوان) . مرة أخرى أطبق الفكين . لاحظ ما فيهما من توتر (٥ ثوان) . والان دع ذلك واترك نفسك على سجيتها ، مسترخيا أكثر فأكثر (١٠ ثوانى) والان اتجه إلى شفتيك ، ضمهما ، واضغط بكل منهما على الاخر باحكام . جميل . اضغط كل منهما على الاخر بكل ثقلك ، ولاحظ التوتر الذى بدأ ينتشر حول الفم والان استرخ وارخ عضلات شفتيك ودع نقنك فى وضع مريح . مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم . استمر (٥ ثوان) . لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالى . الان كل يديك ، وجهك ، وذراعيك ، وكتفيك ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية فى وضع هادئ .

... [illegible] بلى الرقبة . اضغط برأسك إلى الخلف على [illegible] الذى
تستند عليها . اضغطها إلى أن تشعر بتوتر فى خلف الرقبة والجزء الاعلى
من الظهر بالذات . استمر . أدرس ذلك والان دع ذلك ، وعد برأسك إلى
وضع مريح ، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذى
أنت عليه الان . استمر الان فيما أنت فيه ، أكثر فأكثر ، وأعمق فاعمق بقدر
ما تستطيع . كرر هذا من جديد : شد برأسك إلى الخلف . ولاحظ التوتر
والانتشار . استمر فى ذلك لحظة (٥ ثوان) والان دع تلك وانتقل إلى
استرخاء عميق - عميق (١٠ ثوان) .

والان مد رأسك إلى الامام ، كما لو كنت ستدفع بنقنك فى صدرك . لاحظ التوتر الذى يحدث الان فى الرقبة . والان استرخ . دع كل هذا يسترخ على سجيتك (١٠ ثوان) . كرر ذلك . ادفن نقنك فى صدرك . استمر فى ذلك قليلا (٥ثوان) . والان استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوانى) .

والان إلى عضلات الجزء الاعلى من الظهر . قوس ظهرك . قوسه كما لو كأن صدرك سيلتصق بالبطن . لاحظ التوتر فى الظهر ، خاصة فى الجزء الاعلى . والان استرخ ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعى فاردا ظهرك فى وضع مريح سواء أكنت على كرسى أم أريكة . ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى الظهر والاسترخاء الحالى . (١٠ ثوان) مرة أخرى قوس الظهر . لاحظ التوتر المستثار . استمر قليلا (٥ ثوان) والان عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخى ، تاركا كل شئ على سجيته (١٠ثوانى) .

والان خذ نفسا عميقا . شهيقا عميقا ، لاحظ الان أن التوتر قد
ينتشر في الصدر وفى أسفل البطن . والآن استرخ وكن على السجي
وتنفس الهواء . واستمر فى تنفسك العادى . ولاحظ من جديد التعارض بين
ماعليه الان صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان).
أعد ذلك من جديد . خذ شهيقا عميقا ، واكتمه ، ولاحظ التوتر ، والعضلات
التى تشتد . والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة ، تاركا عضلات الصدر
والبطن فى استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن . شدها إلى الداخل . حافظ على هذا الوضع قليلا . والان استرخ ، ودع تلك العضلات تتراخى . استرخ و نفسك على سجيتها (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد شد عضلات بطن بإحكام إلى ان تشعر بتوترها . لاحظ هذا التوتر وادرسه (٥ ثوان) . والآ استرخ ودع كل شئ يتراخى فى عمق أكثر فأكثر . توقف عن أى شد وتخلص من أى توتر فى أى عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالى (١٠ثوان) .

والآن أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع . أفردهما حتى تلا التوتر المستثار فى منطقة الفخذ (٥ ثوان) . والان استرخ ودع ساقي يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الان من وضع مريح، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد ألصق ركبتك ، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (٥ ثوان) . والآن استرخ. ارخ عضلات جسدك دع كل الاعض

سجيتها وتخلص من كل الشد الذى حدث في الفخذين (١٠ ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول ان تشد عضلاتها بان تثنى قدميك إلى في اتجاه الوجه إنتبه إنك عندما تثنى قدميك فى اتجاه الوجه ستشعر والتوتر، والانقباضات في بطن الساق وفي القصبة على السواء. استرخ بالقدمين وأعدها إلى وضعهما السابق ، ولاحظ من جديد بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والان هذه المرة : اثن قدميك للخلف اه رسغ ألقدم ، محاولا ان تجعل اصابع القدمين ممتدة في اتجاه ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما استمر قليلا. والان عد إلى مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على خاء اعمق واعمق من قبل (١٠ ثوان) .

والآن ان كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريباً وانت الفرق بين التوتر والاسترخاء . ونلاحظ انك ان تشد عضلات اعضائك توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخى بجسمك كله. انك تسترخي ، تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول ان ترخيها. راجع معي من إلى اعلى كل عضلات اعضائك اذا لم تكن مسترخية فارخها حالا . عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) ارخ عضلات الفخذين ، والركبة وبطن الساق ، القصبة (٥ ثوان). العجز الفخذين (٥ ثوان) البطن واسفل والوسط (٥ ثوان) اعلى الظهر ، والصدر ، الكفين (٥ ثوان) راحة اليد والاصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزور ثوان) .. جبهتك مسترخية (٥ ثوان).. كل عضلاتك مسترخية ومستلقية

في وضع مريح والان استمر في الوضع المريح وساعد من واحد إلى عشرة .وفي كل مرة تحاول تسترخي اعمق فاعمق .

١،٢،٣،٤،٥،٦،٧،٨،٩،١٠ . جميل انك قد اخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الان وساعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما اصل إلى واحد ستفتح عينيك ، وتجلس ، وتستيقظ في نشاط هادىء ٥،٤،٣،٢،١ عيناك مفتوحتان، وانت الان في كل يقظة وفي كامل نشاطك دون قيود.

الخلاصة

جميعَ الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق بتغيرات في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من الكائن على المقاومة او الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي جعله اكثر استهدافا لمزيد من الإنفعال والإضطراب والخوف ـ وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقليين شيوعها بين الاسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في عضلات الجسم ـ فالقلق يصطحب بتوتر في عضلات الرأس (ع)، والاحساس بالذنب بتوتر في عضلات الظهر (كآلام الظهر) ـ تجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل كله. ويقدم هذا الفصل بعض الاساليب للمساعدة في السيطرة علي العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح انه بامكان الإنسان لم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدى الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في صية والى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة لاتها الإجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للاجراءات التي يمكن دامها لتحقيق اكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد ل المهمة لذلك .

مراجـــع وتعليقـــات

1 - Jacobson, E. (1929) : ***Progressive relaxatiogo:*** U. of Chicago Press.

2 - Jacobson, E (1939) : ***Variation of Blood Pres sure with Skeletal Muscle and relaxation.Annual Internal Medicine***. 12,1194

3 - Jackson, E. (1964) : ***Anxiety and tension control***. Philadelphia : Lippincott.

4 - Wolpe,J&Lazarus, A.(1966) : ***Behavior therpy techniques***. London: Pergamon.

5 - Beech, H. R.(1972): ***Changing Man's behavior***.London : Pelican Books.

6 - Clark, D. F. (1963) : The Treatment of Phobia by systematic desensitization, ***Behavioral Reserch and Therapy***,

7 - Davison, G. (1966) : The influence of systematic desensitization, and graded exposure to imaginal stimuli in the modifiction of phobic behavior, J. ***of Abnormal Psychology***.

8 - Eysenck, H. (1966) : ***Behavior Therapy and the neurosis***. London : Pergamon Press.

9 - Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1965) : ***The causes and cures of neurosis***. London : Routledge & Kegan Paul.

10 - Ornstein, R. & Sobel, D. (1990). ***Healthy Pleasures***. Mass. : Addison - Wesley Publishing Company, Inc.

11 - Chartesleswort, E. & Nathan, R. G. (1991) . ***Stress ma-ment***. New York : Ballentine Books

12 - Lomont, J. F. & Edwards, J. E. (1967) : The role of relaxati- systematic desensitization, ***Behavior Research and The-*** 5, 11 : 25.

13 - Rachman, S. (1967) : Systematic desensitization. ***Psycholo- Bulletin***, 67, 93-103.

14 - Tasto, D. L. (1974) : Muscle relaxation treatment for primary -py, ***Behavior Therapy***, S, 668-672.

15 - Weiss, R. M. (1974) : ***The relative efficasy at deep m- relation in the modification of headaches***. Paper pres- at the 82nd Annual Convention of the American Psychological A- sociation, New Orleans.

16 - Wolp, J., Salter, A. & Reyna, A. (1964) : (eds.) ***Condition- therapies***. New York : Holt, Rinehart & Winston

Recordings (Audio Cassettes) : Charlesworth, E. (1981 ***Stress management training Program***. Houston : Str- Management Research.

الفصل السادس

أسلوب تأكيد الذات والحرية والانفعالية والتدريب على أكتساب المهارات و الاجتماعية

اشتكى شاب في الثامنة والثلاثين من العمر من شعور حاد بالاكتئاب والإنقباض ، ووصف نفسه بأنه لايصلح لتولي مسؤوليات عمله. وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد ، الاأنه لم يتلق اي ترقيات تنكر في عمله. وقد اوضح أنه يشعر بالاحباط وانخفاض في روحه المعنوية . وقد لقى ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذى ذهب فيه طالبا العلاج. لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة ، ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكى كملجا أخير لمعاناته.

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الاولى ان هذا الشاب يفتقر افتقارا شديدا لتاكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا اعطاه المعالج كتابا مشهورا في هذا الموضوع* ، ونصحه بان يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقدا لها في الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد ان نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بان لا أمل له بالمرة في المستقبل .

---

* كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس الشرطى ويوضح هنا بأن المعالج النفسى يقوم بدور تربوى توجيهى لمرضاه وليس مجرد دور سلبى يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الثرثرة (١) .

حاول المعالج أن يمده بكل التشجيع والثقة ، لكن حذره في نفس الوقت من التداعي والانهيار السريع.

وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها ، وان الترقية الملائمة ستجعله قادرا علي اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «انني أشعر بأنني ما لم احصل على حقي في العمل ، فان أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي الا بضياع وقتينا معا» .

اوضح المعالج بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وأن تقدمه المهني يتلو قدرته علي تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحا ان المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام .

وقد بين التحليل الدقيق ان ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الامثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حاليا إلى مكان اخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبررا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الامان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة اليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع المشرفين على العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب علي تأكيد الذات مستخدما اساليب لعب الادوار بالشكل الاتي :

ب المعالج منه ان يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في ... وأن المريض الان في موقف مقابلة مع المدير للترشيح لهذا العمل. ... هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب ... الاذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما أذن المعالج للمريض بالدخول ، فتح المريض الباب واقترب من ... بتردد وحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الاجراء لكي يعكس للمريض ... الخنوعية التي دخل بها ، والتعبيرات المستكينة. ونظرات العينين ... وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه ان يجلس على المكتب ... وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالبا منه ... الوقت أن ينتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور ... ن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق ، طالبا ... ريض أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث ... الجسم اوطريقة السير، أونظرات العينين ومتى يجب ان تلتقي بعين ... ومتى يجب ان لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الاجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع ان يقترب ... دير القابع خلف مكتب (المعالج) ، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل ... ز المسكنة والقلق، كذلك دربه المعالج على اساليب مختلفة من المقابلات ... ط من المديرين : المدير الذي يقف من مكتبه لكي يلتقي به عند باب ... ول ، والمدير الذي يتركه باهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير ... ي يحاول قاصدا ان يخفف من توتره ... وهكذا .

ويعد تطبيق هذا الاسلوب بدأ المعالج يركز على محتوى المقابلة ...لب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته وخبراته، وتاريخ ...ياته مسجلا هذه الاجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن ...ع نفسه في موقع مدير العمل ، وأن يقرر ما اذا كان سيقبل المتقدم لهذا ...مل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحا من التسجيل أن ...رة المريض على التغيير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم ...مل بعد طريقة كلامه المترددة عن امكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة ...لل من قدرة نفسه، فبدلا من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يغمغم ...كلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من المعلوميات اكثرمما فيها من ...ركيز على الاشياء التي يتقنها لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه ...العموميات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة ...هذا أمكن للمريض ان يقدم اجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسأله ...اياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الاجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله ...المعالج لمدة شهرين . طلب بعدها جلسة أخرى . وقد دهش المعالج عندما ...خل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «أنك تنظر الان ...رئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا) ». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه ...قدم لاكثر من اعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية ، وكيف أنه نجح أخيرا ...ي الحصول على عمل بأجر أعلى مما عليه الاعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفي الان من مشكلته ، ولوأن المعالج كان

...ى بأنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب اخر على ...قة بالنفس*.

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تلفونية بعد عامين من نفس المريض ...يخبره فيها بأنه قد اصبح مستشارا أقتصاديا في احدى الشركات(١).

* * *

(١) ...يجب أن نفهم من المثال أن أوضاع الوظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط لو أننا نقلل من شأن الظروف الحضارية والإجتماعية في مثل هذه الامور. لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض . وفي كثير من المواقف يجد المعالج النفسي أن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وان كان يعترف بقسوة الظروف الإجتماعية نظريا.

* هذه الحالة مأخوذة عن ولبى ولازاروس (المرجع رقم٢) .

تمثل الاساليب العلاجية التى استخدمت مع الحالة السابقة نمطا رئيسيا من انماط العلاج السلوكى الحديث ، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تاكيد الذات .

يشير مفهوم «تاكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعا مما نلاحظه في حالة الشاب السابق ، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه ، او أن يدرب نفسه على الاستجابة السلبية ، والسيطرة واعطاء الاوامر والتحكم في الاخرين فقط، بل وأن يكون قادرا على التعبير عن عواطفه الايجابية بشكل عام ، كالتعبير عن الصداقة والود ، والاعجاب ، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذى يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارىء. ذلك لان المريض النفسي الذى يعانى من العجز عن تاكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التى تحتاج منه لاظهار العدوان والغضب ، او المواقف التى تحتاج لاظهار التاييد ، والود ، أى في مواقف التعبير السلبي والايجابى على السواء ، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة . ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرا من الكتاب ، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة « تاكيد الذات» من وجهة واحدة ، أي من حيث هى مظهر من مظاهر النقص فى التعبير عن العدوان والغضب ، أو الضيق والرفض إلى غير ذلك . بالرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكى بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداما لهذا الاسلوب لايغفل عن الطبيعة الثنائية فى مفهوم تاكيد الذات ، فان الكاتب يلاحظ أن كثيرا من أساليب هذا المعالج تتجه للآسف نحو تدريب

مرضاه على العدوان * والغضب والرفض - (ولو أن هذا يشيع ... بين غيره من المعالجين) .

ان أسلوب تاكيد الذات أعم من هذا ويعنى بشكل عام حرية التعبير ...نفعالى وحرية الفعل على السواء ، سواء كان ذلك فى الاتجاه الايجابى ... فى اتجاه التعبير عن الانفعال والتعبيرات الإنفعالية الايجابية الدالة ... الاستحسان والتقبل ، وحب الاستطلاع ، والاهتمام، والحب والود ، ...شاركة ، والصداقة والاعجاب) ، أو فى الاتجاه السلبى (أى فى ...اه التعبير عن الانفعال والتعبير الدال على الرفض وعدم التقبل ، ...ضب ، والألم ، والحزن ، والشك والخوف والاسى). لهذا فاننا نتفق مع ...ص فى أن مفهوم الحرية الإنفعالية يبدو قادرا أكثر من مفهوم تاكيد ... على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير. بالرغم من هذا ، ...قد نستخدم مفهوم تاكيد الذات فى هذا الفصل ، لتحقيق التناسق مع ...بات النفسية عن هذا الموضوع ، لكن يجب أن يكون واضحا فى ذهن ...ئ في نفس الوقت باننا نشير إلى المعنى الايجابى والسلبى الذى قد ...ه أكثر مفهوم الحرية الإنفعالية .

... والعلاج النفسى السلوكى بطريقة تاكيد الذات لايجب أن يقتصر إذن ... تدريب الناس على التعبير عن احتياجاتهم ، وحقوقهم ، وعدوانهم

...ب على العدوان فى العلاج النفسى يختلف عن العداوة والكراهية ؟ العدوان لو طبيعة تكيفية ، ... الكراهية والعدوان فهى سمات شخصية لاتخدم التوافق .

(ولو أن هذا ضرورى فى كثير من حالات الفصام الخفيفة ، وعدم الثقة بالنفس ، والانسحاب ، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن فى التعبير عن تأكيد الذات يجب أن يتضمن أكثر من هذا ، أى أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الاخر أى التعبير الإيجابى. وعلى سبيل المثال فقد لاحظت فى تعاملى مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضا)، أنهم يستطيعون أثناء جلسات العلاج الجمعى التى كنت أديرها، التعبير عن المعارضة ، والرفض ، والمعاندة ، كذلك يميلون للنقد اللاذع ، والسخرية ، ويعتنقون بشكل عام اتجاها عدوانيا نحو الناس والعالم على السواء. لكننى كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسى العميق عندما كان يتطلب الامر منهم خلال هذه الجلسات التعبير عن المودة أو الاعجاب بفكرة معينة ، أو مدح سلوك طيب ، أو تأييد رأى جيد . فى مثل تلك الحالات من الضرورى التدرب على حرية التعبير الايجابى باستخدام عبارات مثل «أننى معجب بالكلمة التى قلتها فى ذلك الإجتماع» ، أو « لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة » أو «أننى فخور بصداقتى لك » ، «وأحب طريقتك فى الحديث ... ألخ».

ومع ذلك فان كثيرا من الاشخاص يجدون صعوبة فى التعبير الايجابى مهما حاولنا أن ندربهم على ذلك ، وقد يصبح بعضهم دفاعيا ومتهكما . وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب ، وانه لايحتاج إلى التعبير عن ذلك. لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضرورى للصحة النفسية. فقد تستمتع بالاصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم فى منازلهم ، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة فى كلماتك لهم قد يكون

ن أكثر العوامل اشباعا لك ولهم ، باطلاق حرية التعبير الإنفعالى بجانبيه لايجابى والسلبى.

وقد يتصور البعض أن التعبير الايجابى عن الإنفعال قد يعنى النفاق الخداع والتلاعب بمن هم حولنا . لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة فى حالات النفاق والتلاعب ، وخداع الناس باعطائهم صورة مضللة غالبا يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية ، قد يكون تحقيقها على حساب حة النفسية للشخص ، لكن تكوين عادات الحرية الإنفعالية يعنى القدرة باعطاء عائد صادق وأمين ، أى أن يكشف الشخص عن مشاعره يقية وأن يفعل ذلك فى صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما بانخفاض فى مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة سانية ، واحترام للذات ، ومقدرة على التكيف الإجتماعى الفعال.

اس العلمى والتطور التاريخى لمفهوم تأكيد الذات :

لكى نلم بالأساس النظرى العلمى للتدريب على تأكيد الذات علينا أن ع قليلا لنظرية «بافلوف» فى التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن افراز اللعاب لدى كلاب معمله والذى يحدث عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه ارضاء هذا السلوك طعام) ، يمكن أن يحدث بنفس القدر نتيجة لمنبه اخر (صوت جرس وم)اذا ما ظهر هذا المنبه الاخر مصاحبا للمنبه الاصلى (وهو الطعام

والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الاصلى). وفى النهاية نجد أن المنبه الشرطى (صوت الجرس او الضوء من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (افراز اللعاب). يطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطى.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التى صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطى الا أن كثيرين اخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلى الميكانيكى للسلوك، ومع ذلك فان التجربة السابقة قد تساهم فى أعطاء صورة مضللة لانجازات «بافلوف» ذلك لان هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام فى التطور بالسلوك الإنسانى بمفاهيم أكثر اتساعا وانفتاحا.

منها ما اكتشفه " بافلوف" من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطى ، وان هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبى هما :

١ – الاستثارة Excitation وهى عملية تتعلق باستثارة المخ ، ومن شأنها توليد نشاطه ، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

٢– عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية "الكف" Inhibition (٢).

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى فى حالة من التوازن والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار فى الاستثارة يهدد

الانسان وينتهى بمضاعفات خطيرة فى المخ. أما الوقوف على حالة فانها أيضا تؤدى إلى اضطرابات سيكولوجية كالخمول النفسى ، فاض الطاقة ، ومشاعر عدم الكفاءة.

ومنذ أن صاغ « بافلوف» هذا التصور قام عدد من علماء العلاج سى السلوكى بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من الاسماء التى يذكرها تاريخ العلاج النفسى « سالتر» الذى كان أستاذا معة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩ , لقد استطاع « سالتر» أن دم نظرية بافلوف بنجاح فى منهج من مناهج العلاج النفسى أثر على مناهج الحديثة فى العلاج السلوكى.

رر من الكف والقيود الانفعالية :

ويطلق سالتر على منهجه فى العلاج أسم « العلاج بطريق الفعل كس الشرطى » منطلقا تماما من مفاهيم نظرية « بافلوف » يقول « :

فكما ان كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس ، الطفل الإنسانى يتعلم أنواعا من السلوك بطريقة شرطية من بيئته ، غير ارادته. فاذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الام بأوامر بية «لا– لاتفعل هذا» ، فان الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى نفسه لما عندما كان المجرب فى تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب افراز وبتعبير بافلوف» فان افراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذنا بظهور علم يعتبر مثالا للاستثارة الشرطية. أما اذا أخذ الجرس يدق مرة تلو

الأخرى ، دون أن يصحبه طعام ، أو اذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلا من تقديم اللحم ، فان أفراز اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثالا للكف الشرطى » .

وبناء على هذا التصور نجد « يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية : الشخصية « المكفوفة أو المقيدة وهى، شخصية منسحبة ، وحبيسة لانفعالاتها ، وعاداتها ، وتقاليد المجتمع وعاداته ، والشخصية المنطلقة أو المستثارة ، وهى شخصية تلقائية ، وايجابية ، ومباشرة ، وخالية من القلق :

« **الاستثارة قانون أساسى من قوانين الحياة « والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التى تحكمها هذه القوانين »**

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الاخر ، فان هذا يتعلق فى الحقيقة بالخبرات الإجتماعية والتعلم فى الطفولة وذلك لأن :

« سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة . فهويتصرف من غير قيود . واذا ماتركناه كذلك دون تدخل فى مجرى سلوكه فيما عدا ارضاء حاجاته البيولوجية ، فان نمطه الاستثارى سيتطور فى هذا الاتجاه . أما اذا بدأنا عمليات الكف مبكرا فى حياة الطفل ، فانه هنا تحدث المتاعب » .

ولايعنى ذلك أن نرفض الكف تماما فى السلوك ، لان حياة الإنسان فى مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن افراط الحياة الحديثة بناء على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط فى هذا الكف وتتطرف فى ممارسته ، فعلى الطفل أن يكون « مؤدبا » فى كل الاوقات ، وان لايعارض

...رين ، أو يقاطعهم ، وأن يكون غيريا دائما ، أى لايكون بشكل عام انسانا ...لى بمقدار ما يصيب ، بل ان عليه أن يكون مصيبا دائما . » أننا بهذا ...كل نفرض أنماطا من الكف الضرورية التى تسمح له بالحياة فى ...تمع ، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة ؟ » .

وتهدف عملية العلاج النفسى وفق هذا التصور السابق إلى وضع ...اليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق . ومن الطرق التى ...خدمها « سالتر » التنويم المغنطيسى ، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكن ...شخص من التعبير عن إنفعالاته بحرية . كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا ...ة علاجية ، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها ، ...قائية ، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر ، وتغلب الفعل على ...ير ، والامانة ، والصدق فى السلوك .

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط ، ...ل الإجتماعية ، وحب الاختلاف . لكن « سالتر » يرى أن مفهومه يختلف ...ك كثيرا ، فكثير من الاشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم ...اعيون وذو صداقات متعددة ، وقدرة على التأثير فى الاخرين والتفاعل ...تماعى ، هم فى الحقيقة أبعد ما يكونوا عن الصحة النفسية أى من ...ة التعبير عن الامانة ، والصدق والحرية فى التعبير الإنفعالى : « ان ...سان يستطيع أن يكون مقيدا وهو فى قمة النشاط الإجتماعى ، وانه ... من النادر أن تجد كثيرا من الاشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض ...مين ، والمهندسين ، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونوا عن ...مل »

وعندما يكون المعالج النفسى ذاته قادرا على تأكيد ذاته وعلى التعبير الإنفعالى الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة ، فهو يمنح مريضه نموذجا صحيا فعالا . فلنرى كنموذج لذلك هذه الحالة :

حالة الشاب المدلل والمعالج الحازم :

« المريض ، ولنطلق عليه السيد (أ) شاب طويل ، وسيم وابن لثرى. كان يبلغ من العمر فى وقت العلاج خمسة وعشرين عاما ، ويعد للحصول على الدكتوراه فى علم الإجتماع . يتحدث بطريقة غامضة عن آماله ، وأهدافه فى اصلاح الإنسانية والنهوض بها . لكنه يشعر بانه ممل ، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث. ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط ، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية ، وان كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه . وبالرغم من أنه قرر بأنه لايشعر بصعوبة المواد الدراسية التى يدرسها ، الا أنه يجد صعوبة فى التركيز ، لان ذهنه « يتجول دائما هنا وهناك » يتقلب لساعات قبل أن يغرق فى نوم متقطع. يريد من المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغناطيسيا حتى يتخلص من الارق. وقد حاولت (أى المعالج) أن أعلمه بالفعل التنويم لكننى فشلت معه ،، لان ذهنه كان يتجول فى أشياء أخرى ، ويقارن أساليبى فى التنويم بقراءاته فى هذا الموضوع وبالتالى بما يجب على أن أفعله حتى أنجح فى تنويمه . وعلى العموم فلم يحدث أى تقدم فى هذه الوجهة».

« بدأت بعد ذلك أغير من طريقتى معه إلى طريقة حازمة ، فبينت له أننى غير مسئول تماما عن كل الافكار التى تجول بذهنه ولا يهمنى فى قليل

ر. وبحزم أوضحت له ، بأننى أنا السلطة العلاجية هنا ، وأنه جاء يرنى فى مشكلاته لالكى يقدم لى النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا وأنه يجب أن ينفذ ما آمره به تماما اذا اراد أن ينجح فى تعليم الذاتى . والحقيقة أننى أجد هذا المنهج الحازم فعالا خاصة مع هذا من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتعذر التواصل الا من خلال موقف انفعالى جديد » .

ويهوى المريض الموسيقى ، وهو فى الحقيقة صاحب أذن موسيقية لهذا قررت أن أعدل من طريقتى فى العلاج ، وطلبت منه أن ينصت لقة أصابعى ثم توقفت وسألت : هل لا زلت تسمع هذا الصوت فى (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعى). فأجاب بالايجاب » (٣) .
ئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبى بقلمى . قائلا هل تسمع هذا « فأجاب بالايجاب » .

لت : «هذا جميل . والان أننى أرى أن هذا الاجراء ضرورى من خلاله فى خطتنا العلاجية عندما أراك فى المرة القادمة » .
ألن تقوم بتنويمى اليوم ؟
ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت : « اذا أردت أن أساعدك ، فيجب أن يكون ذلك بطريقتى الخاصة . اننى لاأنتظر أوامر منك توضح لى ما يجب أن أفعله الان او المرة القادمة » .
لق سالتر على ذلك قائلا :
وربما يرى البعض أن هذا الاسلوب قد يخيف المريض وبالتالى العلاج تماما، ولكن الخبرة علمتنى بأن هذه أفضل طريقة للتعامل ى الذين يحاولون ان يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة . فى هنا فى الاسلوب ، وليس فى المبادئ الرئيسية التى يجب ان ها العلاج النفسى» .

« لقد خرج الشاب وهو منزعج ، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحا وهذا ما كنت أهدف إليه فى الحقيقة » .

" وفى الجلسة التالية : كررت مبينا له أنه يجب ببساطة أن ينصت إلى وأن ينفذ ما أقول. اننى اسمح له بأن يضيع وقته ، ولكننى لا أسمح له بأن يضيع وقتى ، وأنه مالم يتعاون معى تماما فان عليه أن يتفضل بالخروج والان » .

المريض : لماذا ، ما هو خطئى حتى ألقى هذه المعاملة ؟

المعالج : انك مخطئ لانك تتصرف بما أنت. هذا كل ما هناك. ان شرائك تذكرة دخول للمسرح لايعطيك الحق فى ان تختار الحوار للممثلين.

المريض : (يبتسم).

المعالج : جميل .. والان أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبى). هل ترى هذه البقعة الضوئية .

المريض : نعم .

المعالج : والان فى كل مرة أضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة ، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضها بالتدريج وبرقة لصالحك. ستجد ذلك جميلا ومشوقا

استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق فى البقعة. نقرت بعى، فأغلق عينيه. أنتظرت لثلاث ثوانى وعندئذ قلت بهدوء « افتح عينيك ». فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم « افتح عينيك » فعل ذلك.

جميل من الان فصاعدا أريدك أن لاتفكر فى شئ، وأن تسترخى ، تهدأ كأنك تعيش فى حلم من أحلام اليقظة. وفى نفس الوقت أريدك أن عينيك دون تفكير حالما أضرب لك بأصابعى ، وأن تبقى عليهما ين حتى أطلب منك أن تفتحهما. حاول أن تسترخى ، وان لاتفكر فى ئ ، فكر فى جسمك فقط .

« لقد كان المريض الان منتبها لى تماما ، وكان واضحا أن عناده المخالفة قد أنتهيا »

« طقطقت أصابعى. أغلق عينيه ، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه ها أن يفتحها. نقرت بأصابعى مرة أخرى. أغلق عينيه .. مرت ثلاث ن أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك أربعين مرة وبعدها له » :

الج : هاه بماذا تشعر الان.

يض : (مندهشا) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج : جميل ... سأقول لك لماذا .

« وبدون توقع منه طقطقت بأصـــابعى ، وبالرغم من أنه لم يكن مركزا على البقعة فقد رمشت عيناه »

المعالج : ما الذى حدث الان ؟

المريض : رمشت بعينى عندما طقطقت بأصابعك .

المعالج : هذا جميل » .

«ان هذا يعنى الان أنه أمكن التحكم فى اغماض جفنى المريض بطريقة الارتباط الشرطى »* .

« ثم أخذنا فى استئناف تمارين الضرب بالاصابع واغماض العينين لمدة أربعين مرة أضافية وتوقفت بعد ذلك » .

المعالج : والان هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعى بينما أنا لاانقر بها بالفعل.

المريض : نعم بالطبع .

---

* المنبه الشرطى هو الطقطقة بالاصابع واغماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية : أما المنبه الاصلى فهو الوعاء اللامع . وتعلم الاسترخاء أثر الضرب بالاصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطى .

ـالج : هل تستطيع أن تسمعها بوضوح فى ذهنك ؟.

ـيض : (يومئ علامة الموافقة).

ـالج : والان سأقول لك ما أريد أن تفعله ، أريدك أن تستمر فى ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يوميا ، مرة فى الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة فى المساء عندما تذهب للسرير. فى كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة ، وتخيل الحالة الهادئة التى أنت عليها الان وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت اصابعى. حاول أن تفكر فى ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك . قد يبدو الامر معقدا وصعبا، لكنه فى الحقيقة غير ذلك .

ـض : أظن أفهم الان ما تريد : ولكن ماذا لو أننى لم استطيع النوم .

ـج : حاول أن تقوم بهذه التمارين. واذا وجدت أنها لاتشد تركيزك : توقف عنها . لكن أيضا لاأريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خاطئا .

ـ أنها ستجعلك تسقط فى النوم فى الحال. كل ما أريده منك هو أن ـذه التمارين فحسب. أذا قمت بذلك ، فالباقى لايهم . افعل كما أقول ـا كل ما هناك .

« وفى الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه. ـلاعن هذا فان قدرته على التركيز قد أزدادت. كما ذكر للمعالج أن ـالذى كان يلقاه فى علاقاته الإجتماعية يختفى تماما عندما يمارس ـرخاء قبل الدخول فى مثل هذه المواقف» .

ـلا والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات ـيا ـ اصبح قـــادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع ـ مرة» .

« لقد كان هدفي من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وارضاء له.
طفل في ثياب شاب ، أفسدته التربية بحيث أن أي احباط يمكن أن
اجهه في الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الاسلوب ،
هذه التمرينات التي علمتها له أهدف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ ، مما
جعله أكثر قدرة على التحمل والمسئولية ، وبالتالي أكثر قدرة على تذوق
شاعر هذه الاشياء. ان الإنسان القادر على ممارسة الحرية الإنفعالية –
كما أوضحت لهذا المريض – لايجد صعوبة في النوم ، ولايصيبه الارق.
يشعر بالتحسن يوما بعد يوم ».

« وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لي » :

« صحيح .. فكر معي في كل هذا . ان بي كل جوانب النقص الموجودة في أي كائن بشري. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية . إنك تقول أني ذكي ، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عني. إنني في الحقيقة لم أفعل شيئا واحدا في حياتي يشعرني بالاهمية ».

« كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج بنجاح ، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء احدى اجازاته الصيفية في زراعة أشجار المطاط في احدى غابات افريقيا ، وفي خلال اجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور في الهند »

ومن الواضح أن منهج «سالتر» في الحالة السابقة قام على أساس تدريب المريض في البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم في الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجيا وبسرعة من التلقائية ، والمبادأة في المواقف الإجتماعية. وقد تلت هذه الخطة ، محاولة لتدريبه على تأكيد ذاته ، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك عن أنه

صبح قادرا على النجاح الإجتماعي ، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له .

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التي بدأ بها المعالج بعض الجدل ، لكن يجب أن نلاحظ في الحقيقة أن المعالج وهو يدرب المريض على الاسترخاء كان يرسم أمامه نموذجا لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد ذاتها واحترامها لنفسها . وفي هذا الصدد يذكر بعض الكتاب ان على المعالج أن يستخدم بعض الاساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات كالتعبير اللفظي التلقائي عن المشاعر ، وأن يعودهم على تعمد استخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم ، مثل « أنا أرى » أو « أنا أعتقد » الخ أو الإرتجال والتلقائية بدلا من التخطيط البعيد للمستقبل.

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال في المواقف والاشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. اننا بسبب مخاوفنا ، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس مع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخيف ، أو نكتم معارضتنا عند الخلاف مع الناس والاصدقاء ، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة حتى لانعبر عن حبنا ، واستمتاعنا بالاشخاص أو بأشياء جميلة .

أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماما مفهوم الشخصية الاستثارية الفعالة عند سالتر ، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا . فحتى القلق – وهو جوهر العصاب – لايخلو من الاستثارة بالشكل الذي يشير اليه سالتر ، بينما يهدف اسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا .

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة فى العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلا - أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أى ليس فيها ما يؤدى إلى مشاعر الخوف أو الصراع) ، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر السلوك العصابى. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعريضه لمواقف الخوف والصراع ،، بحيث يختفى القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة ، وتأكيد الذات وحرية التعبير الإنفعالى هو أسلوب من الاساليب التى تتعارض مع القلق وتنفيه .

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق ؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف : (أ) شخص رقيق ولطيف المعشر ، يصفه زملاؤه بأنه انسان طيب وودود. لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه. فهو يشعر بأنه اذا أبدى رأيه فى مشكلة داخلية أو عبر عن مشاعره فى مشادة واضحة فسيخسر احد زميليه. انه يجد ان رغبته فى ان يكون محبوبا من جميع اصدقائه تمنعه وبالتدريج من الافصاح عن اى مشاعر حقيقية ، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه فى مواقف صراع مع « ب » ، « جـ » من الزملاء. انهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث واهمال... مما يقلل من احترامه لذاته ، ويتهمونه بأنه انسان بارد ، ضعيف الشخصية. لا يدرى «أ» ماذا يقول ،، ويعود إلى منزله، فلا يستطيع النوم

ى ذهنه بالتوتر . تتكرر هذه التصرفات مع "أ" إلى أن يصبح منعزلا ، أ تتملكه مشاعر قوية بالإكتئاب والمخاوف ، خاصة عندما يتطلب الموقف لا مع الاخرين.

يذهب «أ» للمعالج النفسى ، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير شاعره مع الاخرين خوف ، لا مبرر له على الاطلاق ، لكن من المؤسف أ الخوف هو ما يتملكه ، ويجعله تحت رحمة الاخرين ، عاجزاً عن ر عن شعوره بالاحتقار أو الغضب فى المواقف التى تتطلب هذا. وقد له أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه ، يدفعه للانسحاب من الإجتماعية التى تتطلب منه الصمود. لكن هذا الانسحاب لا يخفف اعر القلق والإكتئاب التى تتملكه نتيجة لتلك الاحباطات المختلفة ، بل كس ان قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف. ويوضح امر قد يبدو صعبا فى البداية، لان استجاباته الانسحابية السابقة بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة "أ" ، لكن مع عليه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك ، وأنه من خلال الممارسة الامر أكثر سهولة ويسرا .

بالتدريج يستطيع «أ» ان يتصرف بحرية مؤكدا ذاته ، ومعبرا عن ه الحقيقية : غضبه أو احتقاره ،أوعدوانه . انه لايستطيع ان يوقف ذين يهددون طمأنينته وحريته فى المواقف المختلفة بايقاف عدوانهم مماثل ، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة وأن اكتئابه أيضا يتناقص إلى حد بعيد . ان ثقته بنفسه الان قادرا لا على التعبير عن عدوانه فحسب ، بل وأيضا عن تأييده الايجابية التى تصدر منهم. لقد قرر زملاؤه أنه انسان محبوب أيضا ..

من هذا المثال التصورى السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماما حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادى يستطيع أيضا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة. ، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير والحرية . وفى كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى وبالتالى يخف قلقه فى المواقف المختلفة. وهذا ماحدث بالنسبة ل «أ» ان تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة ، وتاكيد الذات قضيا على عاداته العصابية فى المواقف الإجتماعية المختلفة. ان تاكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذى يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعا ، كاستجابات تؤدى إلى كف القلق المستثار تؤدى إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

ان المريض النفسى الذى اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار فى المواقف التى تتطلب ذلك ، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق) ، ولا يخفف منها . وعلاما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتاكيد الذات ، وبالتالى خلق عملية معارضة من شانها ايقاف استجابات القلق ، فانه يصطاد فى الحقيقة عصفورين بحجر واحد : يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء ، ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات :

من حسن الحظ أن المعالج النفسى السلوكى لا يجد مشكلة تذكر فى تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تاكيد الذات أو على أقل تقدير فإن المشكلات التى يواجهها هنا أقل مما يواجهه فى الانماط

خصية الاخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة ضعفه فى جانب معين ، وربما يكون دافعه الاساسى لطلب العلاج وهو لا عجزه عن المطالبة بحقوقه ، أو التعبير عن نفسه فى المواقف التى طلب علاقة بالسلطة أو الجنس الاخر ، أو عجزه عن الحديث فى موقف طلب ذلك ، ويشعر بالاسى والاسف بعد ذلك لانه ترك الفرصة تمر دون تناصها .. الخ.

لكن لب المشكلة لايكمن فى اكتشاف العجز أو عدم العجز فى التعبير الذات والثقة ، بمقدار ما يمكن فى تحديد أنماط وأنواع المواقف ماعية المختلفة التى يعجز فيها المريض عن هذا التعبير وهنا أيضا نجد من الحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التى تساعد من ناحية تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تاكيد الذات ، كما تساعد ناحية أخرى على تحديد المجالات النوعية المرتبطة بالعجز من تاكيد الذات ستبيان التالى أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة كيد الذات. سنلاحظ أن بعض الاشخاص قد لايجد مشكلة مثلا من كوى من خدمة سيئة فى مكان حكومى أو عام ، او الشكوى من صديق ، الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية فى تاكيد ذاته فى المواقف خصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين ، أو أخطاء شخص فى موقع طة .. الخ. وهذا الاستخبار فى جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد وعى لهذه المجالات ، حاول أن تجيب على عباراته (نعم) أو (لا) ، ثم ش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولا أن تحدد مواطن الضعف

في التعبير عن مشاعرك في جوانب الحياة الإجتماعية المختلفة :

١ - هل تحتج بصوت عال اذا دفعك شخص معين لكي يتقدمك في صف أو طابور ؟

٢ - هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أوشخص أقل منك منزلة ؟

٣ - هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة في مطعم أو مكان عام ؟

٤ - أنت من النوع الذي يعتذر بكثرة ؟

٥ - هل تتردد في ارجاع شئ اشتريته (قميص أو ثوب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين ؟

٦ - عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والاخر ؟

٧ - هل تتجنب الاشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟

٨ - اذا وصلت إلى اجتماع متأخرا هل تفضل الوقوف عن الجلوس في كرسي من الصفوف الامامية ؟

٩ - هل تستطيع أن تعارض شخصا مسيطرا ؟

١٠ - اذا وجدت سيارة في المكان المفروض أن توضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان أخر بدلا من أن تستفسر أو تحتج ؟

١١ - هل تجد صعوبة في رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح ؟

١٢ - هل تعبر عما تشعر به ؟

١٣ - اذا سمعت بأن أحد الاصدقاء يشيع عنك أخباراً دعائية مسيئة هل تتردد في ايقافه عن ذلك ؟

١٤ - هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشيء مهم ؟

١٥ - هل تحتفظ في الغالب بآرائك لنفسك ؟

١٦ - هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟

١٧ - هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الاشياء بصورة متفتحة ؟

١٨ - اذا شعرت بأن الطعام يقدم لك في المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من « الجرسون » ؟

١٩ - هل تتجنب ايذاء مشاعر الآخرين ؟

٢٠ - اذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر اذا شعرت ببعض التناقض في كلامه ؟

٢١ - هل تحافظ أحيانا على هدوئك بحثا « عن السلام »

٢٢ - اذا طلب منك صديق طلبا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة ؟

٢٣ - اذا حدث أنك اكتشفت بأن باقي النقود التي أعطيت لك في مكان تجاري ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك ؟

٢٤ - اذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو في الحقيقة من حقك هل تحتج ؟

٢٦ - اذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخبئ مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقى ؟

٢٧ - هل يظهر غضبك أكثر مع افراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الاخر ؟

٢٨ - هل تجد صعوبة فى مدح أو تقريظ الاخرين ؟

٢٩ - هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناقش معهم مشاعرك الحقيقة ؟

٣٠ - هل تعجب بالاشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الاخرين تخطيئهم ؟ *.

الأساليب السلوكية :

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات ، والمجالات المختلفة التى تشعر فيها بالافتقار لذلك ، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الاساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد ، وفيما يلى شرح لبعضها :

* التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر فى الاجابة ب" نعم " على العبارات ١ : ، ٦ ، ٩ ، ١٢ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٩ ، ٣٠ ، والاجابة بـ "لا" على ما عدا ذلك من عبارات . بالرغم من ان درجتك الكليه تكشف عن تأكيد الذات ، فان من المهم أكثر هو تحديد المجالات التى تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز (فهى مدعاة للاهتمام مهما قلت (٤) .

١ - أساليب لفظية :

هذه الاساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الإنفعاليه وقدرته على تأكيد الذات . ومن أهم الاساليب فعالية فى هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية . ويطلق على هذا الاسلوب اسم « تنطيق المشاعر » feeling talk ، أى تحويل المشاعر والإنفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية . وبالطبع يجب أن يكون ذلك فى حالات الإنفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بابداء الحب أو الرغبة (اننى - احب هذا الشئ ، انه يوم جميل) ، أو عدم الرغبة (اننى لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو اليه) ، و المدح (انك تبدو أنيقا اليوم ، ان الكلمة التى قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (اننى أتطلع للقائك والحديث معك فيما بعد) ، أو الدهشة (انه يوم الخميس ستكون الاجازة غدا لا أصدق) ، أو النقد الذاتى (ما أحمقنى اذا أفعل هذا) او الاسف (اننى أشعر بالاسى ، لأننى سأترك هذا المكان) ، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرا الى أن أكسب فى النهاية) ، أو التشكك (هل تعتقد اننى اصدق ما تقوله ؟) أو حب الاستطلاع (اننى سأحلم بما سيحدث فى المرة القادمة) ، أو الشعور بالخلاص (حمدا لله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتى؟). أو الشعور بعدم الراحة (ان قدمى تتعبانى) .. ألخ .

بعبارة أخرى فان تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن س كل التنوعات الإنفعالية المختلفة ، والقاعدة الذهبية فى ذلك هى الصدق انة مع الشكل الإنفعالى السائد والشعور المسيطر على الشخص.

التعبير الحر عن الرأى وتأكيد الأنا :

عندما تختلف فى الرأى مع أحد الأشخاص. أظهر مشاعرك الحقيقية من الموافقة وأبد معارضتك فى شكل واضح. قد تكون معارضتك فى ية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقى ، لا بأس. ان هدفك هو الحرية عالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة . كذلك الاستخدام المتعمد ة " أنا. " استخدام أنا فى بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ن أو " اننى أرى (فى اعتقادى .. سمعت .. الخ " كل هذه العبارات رية. قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا أنك ستستطيع فى النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضا أن من وتك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأى لك اذا كنت عكس ومن الاساليب الملائمة (أيضا التعبير عن الموافقة عندما تمتدح ، رج عندما يمتدح بعض الاشخاص آراءك او زيك أو شخصيتك بل على س أظهر موافقتك على ذلك. انك ستدعم لديهم البحث عن الايجابيات وبالتالى ستتلقى عائدا ايجابيا من المجتمع انك تحول كل من حولك جتمع علاجى لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة ، ويدعم الاستجابات ة التى لا تزال فى بداياتها .

٣ - التدريب على أحداث استجابات بدنية ملائمة :

فى تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الإنفعالية من الضرورى أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون فى الوقت الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية ، وأساليب الحركة والكلام والمشى كجزء من العلاج النفسى. ومن المهم على اية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل : نبرة الصوت ، اذ يجب على الصوت أن يكون قاطعا ، مسموعاً ، واثقا ، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص أو الاشخاص الذين تتحدث معهم ، كذلك تشكيل الجسم وحركا ته. فإستخدام عدد كبير من الشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لاتبتسم وأنت توجه نقدا لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لاتصلب وجهك، ولاتجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين. اكشف بإختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهرى. إجعلهما متطابقين (٦) .

٤ - التأكيد السلبى :

ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب. عندها أعترف بوضوح أنك أخطأت لكن على أن تبين بوضوح أيضا أن خطأك لايعنى أنك سيىء ، أو أنك فعلت ذلك بسوء قصد أو نية، مثلا.

- نعم للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عادتى ولكن لم يكن هذا مقصودا أو بنية سيئة (٧) أو مستنكرا :

- أه ـ ما الذى فعلته !! إننى عادة لا أفعل هذا .

٥ - تجريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها:

ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التى تأتيك من شخص آخر بشكل إنفعالى غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة، ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنك لذلك غير مستعد للدخول معه فى مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. كل ذلك بهدوء وبإصرار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك من الدخول فى معركة لم تبدأها (. وغير مستعد لخوضها (٧) .

٦ - التعمية والإرباك :

يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة ، والنقد لأشياء هى من شأنك أنت. ويكون بأن تقول له أنك على حق فيما تقول ، ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعنى موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله ، بقدر ما تعنى أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب (٧) .

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على تلقى نقد الآخرين أو هجومهم بطريقة هادئة (وبدون أن تتحول للقلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالى لا تدعم للناقد سلوكا قد يستخدمه كلما أراد اثارتك إنفعاليا (٧) .

٧ - أسلوب الاسطوانة المشروخة :

فى الحالات التى يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول، قبل أن تنهى كلامك أو توضح فكرتك ـ إنتظر إلى أن ينتهى الشخص الذى يقاطعك من الحديث. وعندئذ تجاهل تماما ما قاله وإستأنف توضيح فكرتك الأصلية بإستخدام عبارات مثل :

- هذا صحيح .. ولكن الموضوع الذى أريد مناقشته هو ...

- إن القضية الرئيسية هى ...

ويمكنك هذا الأسلوب من الإحساس الهادىء عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول فى "متاهات" جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلى الذى تريد إبرازه (٧) .

٨ - التساؤل السلبى :

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهى الخلافات المنفرة فى العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذى يوجه لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدا من الإنتقادات المماثلة التى سببت ضيقه .. إلى أن ينتهى من سرد كل الجوانب التى يأخذها عليك، وعندئذ إبدأ فى تلخيصها من جديد، وأشكره على إهتمامه، وأنك ستكون سعيدا أكثر فى المستقبل إذا ما صارحك بأى مأخذ قد يحدث منك عفوا (٧) . ويجعل منك هذا الأسلوب شخصا هادئا فى مواجهة الضغوط الإجتماعية وما يظهر من أخطاء فى سلوكك وتصرفاتك مع

الآخرين. ويظهرك فى نفس الوقت بمظهر الحريص والراغب فى تحسين الإتصال بالأشخاص المهمين فى حياتك، بإنهاء مصادر الخلاف معهم .

٩ - أسلوب لعب الأدوار :

قد تكون العقبة في تأكيد الذات ناتجة عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذى يقوم به. فالشخص الذى يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل معين، قد لا يكون مدركا لمتطلبات الوظيفة « أو » « الدور » المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه مع المريض بغرض زيادة قدراته على مواجهة الإحباط والعجز فى المواقف الإجتماعية الحاسمة، وقد رأينا نموذجا لذلك فى حالة السيد «أ» فى صدر هذا الفصل إذ رأينا المعالج يطلب من المريض القيام بدور التقدم لإجراء مقابلة شخصية مع رئيسه فى العمل ـ بينما قام المعالج بدور المدير. ثم رأيناه يعكس الأداء فيقوم هو نفسه بدور المتقدم للعمل ـ ويقوم المريض بدور المدير. لكى يطلعه المعالج على أنماط السلوك والإستجابات الملائمة للموقف - خلال الإقتداء له ومحاكاته .

والحقيقة أن كل فرد منا يقوم فى اللحظة الواحدة بعدد كبير من الأدوار الإجتماعية التى قد لا تكون محددة بشكل دقيق أو رسمى كما هو الحال فى حالة الموظف المطلوب لملء وظيفة شاغرة .

فبعض الأدوار الإجتماعية كدور الزوج أو الزوجة ـ أو الصديق أو المرؤوس أو الرئيس لا تكون محددة بلوائح ـ ولكنها تكون مطلبا من مطالب العلاقات الإجتماعية بالآخرين .

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص إجتماعيا وفاعليته وصحته على قدرته على القيام بالدور المطلوب منه قياما ناجحا واثقا. ويقوم الفرد الواحد - عادة بأكثر من دور . فالطبيب طبيب بين مرضاه ، وهو صديق ، وزوج ، وأب ، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين . ولهذا يصعب أحيانا على الشخص أن يقوم بهذه الأدوار مجتمعة بإتقان ، خاصة إذا تعارضت مطالب أداء دور معين بنجاح - كدور الطبيب مثلاً - بأداء دور آخر « كالزوج » فى المنزل أو « الأب » بين أبنائه . وليس نادرا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب تعارض أو تصارع الأدوار.

لهذا يستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أدوارهم فى الحياة ... وتعلم مهارات إجتماعية تتطلبها العلاقات بالآخرين وبالتالى توقعاتهم عنها.

ويستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضا فى الحالات التى يكون من المطلوب فيها أن يدرب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم فى الغضب ـ وتجنب الإنفعالات الحمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف فى جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط ومن خلال ذلك يقوم المعالج على تدريب المريض على إظهار إستجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة ـ وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والإستجابات منها :

- تأكيد الالتقاء البصرى المباشر بالشخص المثير للإحباط .
- إتخاذ موضع جسمى واثق ولكن بطريقة لاتثير الإنفعال .

جـ - التدريب على بعض الإستجابات اللفظية أو العملية بحيث ينتهي الموقف نهاية ايجابية مفيدة .

د - التدريب على المعارضة والهجوم .. وذلك بإبداء رأيك في التصرف المثير لضيقك بوضوح وبصدق .

وأخيرا قد يتساءل القارىء ماذا لو أن حرية التعبير الإنفعالي .. وتأكيد الذات جرت بعض المتاعب الجانبية - مثل خسارة العمل .. أو خسارة شخص .. أو خسارة مادية ؟ .

لا ينبغي في الحقيقة أن تقلل من النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك. ولكنني أعتقد فيما توحي لي خبرتي في هذا الميدان أن المشكلات التي يثيرها التدريب على تأكيد الذات - تتم في واقع الأمر في بداية الجلسات الأولى للعلاج النفسي وهي بذلك تحمل المسحة الأولى للنزعة العصابية السابقة للمريض ، ولا تعبر عن تأكيد الذات بمقدار ما تعبر عن الحساسية المبالغ فيها لتصرفات الآخرين نحونا، وهذا عين ما تهدف تدريبات تأكيد الذات على التخلص منه ، ولهذا فان علاج المشكلات التي قد يثيرها تأكيد الذات .. لا تتم بالتخلي عن هذا الأسلوب ولكن بمزيد من التدريب عليه .. حتى يتمكن الشخص من إتقان اللغة الإجتماعية والمهارات الملائمة في معالجة سلوك الآخرين بشكل يؤدي إلى الإحترام والحب معا !.

إن الهدف من تدريب القدرة على تأكيد الذات هو في صميمه تدريب للمهارات الإجتماعية الناضجة التي تتطلبها حياة الفرد في الجماعة .. دون تضحية بالفرد - أو تدمير للآخرين وتحويلهم لأعداء .

لكن يجب أن نعي أيضا أننا نضطر أحيانا لاختيارات دقيقة وحاسمة : كالإختيار بين بعض المكاسب المادية، أو عمل يدر دخلا معتدلا، وبين طريق الصحة النفسية خاصة إذا كان هذا العمل مملا ولا يتلائم مع

...كانيات الشخص أو قيمته. هنا في واقع الأمر لا يبقى إلا الشخص نفسه ...ى ينبغي أن يقرر أي الطريقين يختار. ويوضح الجدول في نهاية الفصل ...رحا لهذه الأساليب وترشيدا لإستخداماتها .

جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الإجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يستخدم
...طليق المشاعر Feelings Tal...	التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعالات بكلمات صريحة ومنطوقة	التمرد على التلقائية ، والتحرر من القلق الاجتماعي ، وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات صريحة معك
...التوكيد السلبي Negative Ass...	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم على أن تبين أن هذا الخطأ لا يعني أنك بكاملك سيئ	عندما تحس أنك ارتكبت خطأ يستحق اللوم والنقد، أو تجد النقد الملقى عليك بالرضا ، وللتخلص من الأصدقاء أو الأتباع عندما تريد أن تحول محنة سلبية إلى محنة إيجابية
...تهدئة غضب الآخرين ...Disarming Ang...	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلا من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في الحديث أو التواصل	تجنب الدخول في معركة لست مستعدا لها، والتعامل مع الأشخاص الانفعاليين والمتعصبين، ضبط النفس، ايقاف سلوك عدواني خارجي.
...Fogging	إظهار الموافقة على ما يوجه لك من انتقادات مع ابداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر ما يستحق ذلك	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع الصريح الذي يكثر من الادانة واللوم والنقد، عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتفاهم والتراجع بالرغم من محاولاتك ، ايقاف سلوك عدواني خارجي.
...الأسطوانة المشروخة Broken Record	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي يعانيها ، واستكمال التعبير عنها بالرغم من المعارضة والمقاطعة .	يساعدك هذا الأسلوب على الاصرار الهادئ في حالات المناقشات غير الهادئة، وتجنب الدخول في مناقشات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلي، التدريب على ضبط النفس والاصرار على تحقيق الهدف الرئيسي لك
...السؤال السلبي Negative Inqui...	الاستجابة لانتقاد الآخرين بالسؤال عن المزيد من الانتقادات والأخطاء التي ترتكبها مع ابداء [illegible].	مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء والمقربين والزملاء عندما تريد أن تنمي بعض العلاقات المثمرة معهم، التقليل من الضغوط أو الصراعات الأسرية، حل الصراعات الاجتماعية.

تابع جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية

الأسلوب	معنـــــــاه	متى يستخدم
٧- لعب الأدوار Role Playing	القيام بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلي.	القلق الاجتماعي، المقابلات الهامة، إعطاء أوامر، خطابات عامة، استجوابات، مقابلات العمل أو القبول، المواقف الجديدة التي لم يحدث تدريب جيد عليها، مواجهة الأخطاء والخوف من الفشل، تجنب الاندفاع.
٨- التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة Appropriate Body Language	التدريب على الاستجابات البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعي بما في ذلك نبرات الصوت والتقاء العيون، وتعبيرات الوجه والحركة.	الافتتاح، المواقف الاجتماعية، خلق انطباع جيد ومتحمس، الثقة بالنفس، لإعطاء أوامر أو توجيهات، التدريب على اتخاذ قرارات.
٩- التلوين الانفعالي Emotional Coloring	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح وإظهار الود، وتأكيد الذات... الخ.	تكوين علاقات اجتماعية دافئة ومشبعة، إنهاء المواقف الاجتماعية من انفعالات سلبية أو قلق، التخلص من القلق الاجتماعي، تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف المشتركة في عملية التفاعل، ضبط النفس.

الخــلاصـة

تفرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة - في تأكيد على ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته، ومشاعره نحو خاص أو المواقف التي يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان في المجتمع طلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن الافراط في ذلك يؤدي إلى كف وراتنا الايجابية في التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الانسان إلى خصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك الا اقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوم تأكيد الذات رية التعبير الإنفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق مانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن لق والإضطراب. ويبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز ن التعبير الإنفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، صراع، والإضطرابات النفسية، ونتيجة لها في نفس الوقت. وتشمل رية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الايجابية (الحب لمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف ! والمنبهات. وقمع التعبير عن شاعر يعمل على زيادة النزعات العصابية، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح ى تنمية القدرة على حرية التعبير الإنفعالي وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق الإكتئاب، واقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان ى ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي. ويطور المعالجون لنفسيون عددا من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك، منها لتشجيع على التعبير المتعمد عن الإنفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة، وبطريقة تلقائية، وتقبل المدح، والثقة في أداء الأدوار، وتدريب المهارات الإجتماعية، واحداث استجابات بديلة ملائمة للحالة الشعورية . الخ

مراجع وتعليقات

١ – الحالة التى يبدأ بها هذا الفصل وردت فى :

Wolpe. J. & Lazarus. (1966) ***Behavior therapy techniques***. Lonson : Pergamon Press. pp.48-50.

Pavlov,I.P.(1927) ***Conditioned reflexes***. Translated by G.V. Anrep,New York Liverighth.

٣ – للاطلاع على نظرية "سـالتـر" Salter فى العـلاج وقـدرته على توظيف نظريات بافلوف فى العلاج النفسى. أنظر كتابه الشيق :

Satler, A. (1949) ***Conditioned reflex therapy***. New York : Creative Age Press, New York . Capricorn Books . Putnams Sons, 1961.

وأنظر نموذجا لمنهجه فى العلاج حالة الشاب الممل – والمعالج الحازم الواردة فى هذا الفصل.

٤ – مـقـيـاس تاكـيـد الذات الوارد فى هذا الفـصل من اعـداد "ويلوبى" ويستخدم بكثرة فى العلاج السلوكى .. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب. أنظر:

Willoubghy, R.R.(1934). Norms for the Clark-Thurstone Inventory , ***Journal of Social Psychology***, S; 91.

٥ – ايزنك، الحقيقة والوهم فى علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦ – بالرغم من جـوانب التقـدم فى تدريب المهارات الإجتماعية وتـأكيد الذات فـان هناك مـحـاولات مماثلة تمت فى الأربعـينـات . فـقـد اهتم "هرزبرج" وهو طـبـيب ألمـانى بمنهج فى العـلاج النفسى أطلـق عليه اسم العلاج الايجـابـى . وجـعله عنـوانا لكتـابه الـرئيسى فى هـذا الموضـوع سنة ١٩٤٥ ومن بين ما لاحظـه هـرزبرج ان كثيراً

من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لمتاعبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا فى حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعزفوا عن العمل أو أى نشاط اجتماعى أو رياضى بحجة هذا التعب. وكل هذه التحويطات فى رأى "هرزبرج" تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسى، بل أنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عددا من الطرق لعلاج المرضى تعتبر دون شك بمثابة ارهاص ذكى بالتطورات الحديثة فى العلاج النفسى – السلوكى المعاصر. فهو مثلا يقترح أن يكون هدف المعالج هو ازالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى فى تبنى هذه السياسة سيساعد على ذلك. وكان يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلائم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلقية ولكنها تختلف اختلافا جذريا مع بناء الشخصية والتعود المرضى. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعسا بدنيا – دون أسباب عضوية – بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل ، فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفتقدون الثقة بالنفس ، كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت فى الحديث، أو رفض نوع من الطعام فى مطعم، أو المساومة على ثمن شىء مع الباعة .. الخ وبالطبع لم يكن يعطى هذه الأوامر بشكل تسلطى أو ضاغط بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة ، أنظر:

Schwizgebel, R. & Kolb (1974). D. Changing human's behavior.

٧ – تجدر الاشارة إلى أن أساليب تاكيد الذات تستخدم فى علاج حالات الوسوسة أيضا .. فقد أمكن لواينر" Weiner أن يقوم بعلاج حالة شاب فى

الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعانى من اضطرابات حوازية تمثلت فى افعال قهرية متعددة عند الاغتسال ، أو القراءة ، وارتداء الملابس ، فضلا عن الوسوسة فى تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل فى النشاط اليومى، ولكن بدرجة أقل من الطقوس والوساوس الاصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التى عانى منها هذا الشاب التاكد الوسواسى المستمر من أن دولاب حجرته فى المدينة الجامعية مغلق باحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشى لمسافات طويلة يعود للتاكد من ذلك .. وكان أحيانا بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بانه يجب عليه التاكد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بان يضع حجة منطقية لهذا الاجراء الوسواسى « الخوف » من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلا"، ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الاجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا طلب منه المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتاكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه فى جيبه وبصوت عالى « الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأننى متأكد وواثق من ذلك، ومتاكد من أن كل شىء بداخله سليم، أنه لا يوجد بالمرة أى سبب منطقى يدعونى للتاكد من ذلك مرة أخرى، وما على الآن الا أن أخرج لكى الحق بمحاضراتى » . ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا فى هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ، ولكن تقل عنها جهدا ومضيعة للوقت. وفى تعليق « واينر » على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هنا هو القيام بالأفعال وآدائها بدلا من التفكير فيها. فالقيام بالعمل والفعل أوقفا ذهن المريض عن التجول فى

تمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه . ومثل هذا فسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تاكيد ات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر :

Schwitzgebel & Kolb, op. cit., 1974

للاطلاع على الأساليب السلوكية فى علاج حالات عصّاب الوسواس هرى .. أنظر :

Baer, L. (1991) ***Getting Control*** Boston: Little Brown & Compan

Jenike, M. & Baer, L. (1991) ***Obsessive Compulsive diord***
New York

Medical publishers.

Foa, E. & Wilson, R. (1991) ***Stop obsessing***. New York : Ban
Books.

الفصل السابع

قوة التدعيم

من الأشياء التى تؤيدها المشاهدة العادية، فضلا عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد ، وتلك هى أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة فى هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك . فاذا كان النتاج او العائد جميلا فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرا، أما اذا كان رد الفعل سلبيا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك ، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه فى الشارع محاولا مضايقتها، فاذا برجل بوليس يتصدى له مهددا اياه بالحبس أو الغرامة ان تكرر منه هذا السلوك .. على الأرجح ان هذا الشخص - ان كان عاقلا - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى ، فان العائد أو الآثار التى تحدثها استجاباتنا فى البيئة تعدل من سلوكنا بعد ذلك . ان الكائن الحى ببساطة لا يتوقف فى وقت من الأوقات عن ابداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكى، يبتسم أو يكشر، يحتد ، ويغضب ، ويبكى ، ويبتعد أو يقترب من الآخرين ، يتحدث ، أو يصمت يخاف ، أو يهدأ ، يثور أو يقمع نفسه .. الخ . وهو فى كل ذلك يرغب فى تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة . وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدى إلى التغيرات المرغوبة . وبعضها لا يؤدى .

وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذى أدى اليها قد أثيب وكوفئ ، وبالتالى نجد أنه يزداد شيوعا فى تصرفات هذا الشخص بعد ذلك . أما اذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة

أو أدى إلى عكس ذلك أى إلى استهجان (كما فى حالة جريمة قتل أو زنا أو سلوك انفعالى أو جنسى طائش) ، فاننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالى من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك .

فالإنسان اذن يعيش فى عائد اجتماعى مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الاثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره فى تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أى بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السىء).

ويجعل « سكينر » من هذه الحقيقة موضوعا لنظريته فى السلوك ، فيطلق على جوانب السلوك التى تدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior ، قاصدا الاشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثارا فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالى يتدعم أو ينطفىء بمقدار استجابات البيئة (أى العائد البيئى). ويطلق "سكينر" على العملية التى بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال *.

* وهو يختلف عن التعلم التقليدى كما صاغه بافلوف ، والذى يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس بافراز اللعاب عند الكلب فى تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية .

ان التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح بيئة جديدة. ان كثيرا من الأشياء التى تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، جنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع شرى. وكل سلوك يؤدى إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر ذو قيمة أساسية حقيق البقاء .

والسلوك الذى له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية عيم الفعال. ولهذا يقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ذا أيضا تسمى الآثار التى يحدثها السلوك فى البيئة مدعمات. وعلى هذا الكائن الذى يشعر بالجوع، تتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التى تؤدى التوصل للطعام. وبالمثل فان السلوك الذى يقلل من خطر واقع كتجنب ة مرتفعة من الحرارة - يتدعم نتيجة لهذه الوظيفة ويزداد شيوعه فى اقف التالية" (١) .

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه اذا كانت نتائج سلوك ايجابية فالمرجح ان يتكرر هذا السلوك . أما اذا كانت نتائجه بية ، فالغالب انه لن يتكرر ولن تحدث بالتالى عملية التعلم. ومن المتفق ه بين علماء النفس السلوكى فى الوقت الراهن أن كثيرا من أبعاد السلوك حياتنا الإجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا فى الحياة يحكمها مبدأ تدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضى أو الشاذ الذى يصدر عمن نسميهم المتخلفين عقليا، أو الفصاميين أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما يبكى بحمله وعناقه ستؤدى فى غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلا لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التى تصدر عن المضطربين كالعدوان

والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ (*) . فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالا شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

والأن ما هو التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أى فعل يؤدى إلى زيادة فى حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الاثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم ايجابيا أو سلبيا.

أما التدعيم الايجابى فيشير إلى أى فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة فى شيوع السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعما ايجابيا لأنه سيؤدى إلى زيادة فى شيوع السلوك "المحبوب" لدى الطفل بعد ذلك. **أما التدعيم السلبى** فيتمثل فى التوقف عن اظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدى بالمثل إلى زيادة فى تكرار السلوك المرغوب. وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبى) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبى) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين

* فى كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضعاف العقول أحيانا على أنهم من أولياء الله.

سياسى (تدعيم سلبى) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). فى كل هذه المواقف نجد أن المدعم (البكاء - الصدمة الكهربائية ... الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدى هذا التوقف إلى زيادة فى السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدى للهدف).

والتدعيم السلبى يشبه التدعيم الايجابى من حيث أن كليهما يؤدى إلى زيادة فى السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الايجابى) يتضمن اعطاء أو تقديم شيء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبى فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبى بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لأن العقاب يتضمن اظهار منبه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الايجابى عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فان التدعيم السلبى يهدف إلى زيادة شيوع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوع السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل أثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (اثارة الضجيج مثلا). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هى:

أ- تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب - ابعاد الشخص عن موقف قد يعود اليه بالفائدة أو مدعم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل أثر اثارته للضجيج.

جـ - تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالانقاص من المدعمات السابقه (ويسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التى تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالا طيبا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضا عندما نستعيد مدعما كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب .

الاستخدامات العلاجية للتدعيم

المثال الآتى يوضح استخدام الأساليب السابقة فى تغيير سلوك مريض فصامى مزمن ومحجوز آنذاك فى احدى مستشفيات الأمراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س) .

حالة مريض عقلى

تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب باصابة عضوية فى المخ. وتدل كل التقارير التى جمعت عنه على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجى، سواء باثارة المرضى الآخرين، أو ازعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهى. وبسبب افتقاد المريض لأى دوافع مباشرة للعلاج تعثرت معه كل محاولات الاصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجى للمريض فى ايجاد طريقة أفضل فى تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك اغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده فى الاجراءات

جية التى كات تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، الى يزداد اقبالهم على مساعدته."

"ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى فى التوصل إلى فهم دقيق ووعى ماط السلوك التى كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة املين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة فى حالة ضنا كما يلى: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، ازعاج رضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الالحاح فى ب السجائر من المرضى الآخرين، الالحاح فى طلب أشياء منفرة بما فى مثلا أن يوثق العاملون رباط حذائه .. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد ورت فى تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. د ظهر واضحا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام املين والتفاهم."

"وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير فى طريقتين لاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١ - عدم اظهار أى اهتمام اجتماعى أى التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

١ - اظهار الاهتمام مع اعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلا) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولا من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم اثابة مادية ملموسة فى كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الاثابة عبارة عن بطاقة توضع فى سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فورا سجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضا استخدام هذه البطاقات

لارشاد العاملين بمقدار التقدم فى سلوك (س) وبالتالى لكى يمكنهم تدعيم أى سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغير فى سلوك (س) فقد كان ملحوظا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة) .

ومن الطريف أنه فى نهاية الأسبوع الثانى عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التى يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكنه من شراء حاجته من السجائر. وفى نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة « تلقائية » وايجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضا فى تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلا عن هذا فقد بدأ السيد (س) بالإندماج فى جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن فى الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول فى مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضرورى تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التى أحرزها مريضنا .

لقد تحول السيد (س) فى هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على ارضاء حاجاته الإجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضا على المساهمة مع العاملين فى تنفيذ برنامج علاجه الصحى والنفسى .

يعتبر هذا مثالا طيباً لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه فى مجال السلوك المرضى. ان بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن فى المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالا آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكى موضحة أنه كان يبدى نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبى لم يكتشف عن أية أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

ان المعالج السلوكى بطريقة التدعيم هنا سيقضى فى الغالب عددا من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولا تبين الظروف التى أحاطت بظهور هذا المرض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجا من التدعيم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب.

فهو أولا قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعا الطفل بأى شكل من الأشكال للكلام ، لأن اى ضغط على الطفل فى هذا الاتجاه معناه خلق اتجاهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانيا: أن يرى الطفل فى جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة أو ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التى يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل فى العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

فى الجلسة الأولى قد يكشف المعالج للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه فى الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركا له حرية اختيار اللعبة التى تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولا الاشتراك معه فى اللعبة اذا سمح له الطفل بذلك. لكن فى كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أى نشاط صوتى أو أى نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أى شكل

من أشكال هذا النشاط يقدم له فورا قطعة من الحلوى التى يهواها طفلنا الابكم. ويستمر فى ذلك عند أى محاولة اقتراب من الكلام باعطاء قطعة اضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلا من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظى). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل فى نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار فى البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتدح الطفل مثلا لتقدمه فى الكلام ، ويقترح اعطاءه لعبة صغيرة فى كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب ، وسيبدأ بعد ذلك فى التوسيع من نطاق التدعيم الإجتماعى. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا فى نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأً بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة . فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. ان عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماما الطفل اذا ما صمت، وان يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدى أى نشاط قريب من الكلام. وفى هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهى تبدأ أيضا فى توسيع مجالات التدعيم الإجتماعى. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين يخلقون جوا من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعداه فى هذه المرحلة عن الزملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الأصدقاء بنفس

ـة أى تجاهل الخرس والصمت، وابداء الاهتمام والتشجيع عند أى متصل بالكلام. ولكى تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الإجتماعى ، قد المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل ، موجها لهم نفس ـات القائمة بشكل عام على اطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظى لال ابداء الاهتمام. أننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد لسانه من عقاله ، وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمنى .

فى هذا المثال التصورى تتركز اجراءات العلاج بطريق التدعيم ، وفى الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن اجراءات العلاج يم، ثم استخداماته فى المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشرى .

ءات العلاج السلوكى بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادىء ذى بدء أن نبدأ أولا : فى التحديد الدقيق لأنواع ك التى نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا فى الحالة السابقة فل الابكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص ، وعن الظروف التى حاطت بتوليد السلوك الذى يحتاج للتعديل ، كذلك يجب أن نولى اهتمامنا روف البيئية الاجتماعية التى يعيش فيها المريض .

اولا: مرحلة التشخيص :

والاجراءات التى يقوم بها المعالج السلوكى فى هذه المرحلة تختلف فى اهدافها عما يقوم بها المحلل النفسى مثلا . ان المعالج السلوكى يولى اهتمامه هنا لهدفين رئيسيين :

١- التحديد النوعى : للسلوك المرضى .. أى ما هو السلوك الذى يتطلب العلاج والتغيير ، ويسمى هذا بالسلوك المحورى (عجز عن الكلام ، اضطراب فكرى ، تهتهة ، هلاوس ، اندفاع انفعالى ، انسحاب ، عدوان ، خوف ..الخ) بعباره أخرى فان المعالج فى بحثه عن نمط الاستجابات المرضيه يهتدى بالتعريف الشائع للسلوك المرضى على انه السلوك الذى لا يستريح له الفرد أو يؤدى الى نتائج سيئه ومؤلمه ، اما للفرد نفسه أو للاخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعى بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج . اما المعالج بطريق التحليل النفسى فهو لا يهتم غالبا بالتحديد الدقيق الواضح لانماط السلوك التى تحتاج لعلاج ، ويهتم بدلا من هذا بصياغه مفاهيم مجرده عن طبيعة الاعراض المرضيه.

فهو قد يرى مثلا ان المريض "يتلجلج " بسبب خوف قديم من الاب (عقده اوديب)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التى تعود بالخطر على الاخرين على أنها دلاله على ضعف فى بناء الضمير بسبب اساليب خاطئه فى التنشئه ، بينما يكون افتقاد المريض لتاكيد ذاته مع الاخرين راجعا لمخاوف طفلية قديمة لم تحل فى طفوله المريض .. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة .

لهذا فان الخطه العلاجيه للمحلل النفسى غالبا ما تهتم بمحاوله التغيير من نمط الشخصيه كلها على أمل أن ذلك سيؤدى آليا الى علاج

كله أو الاعراض التى أدت للعلاج . اما المعالج السلوكى الحديث يولى اهتمامه للاستجابات المرضيه أو للاعرض ذاتها راسما خطته على الاساس . ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الايجابى وايقاف السلوك ضى بشتى أنواع التعلم .

٢- الاهتمام المباشر بالظروف المحيطه بتكوين السلوك المريض ذى أدى للعلاج) وهنا ايضا يختلف المعالج السلوكى عن المحلل النفسى أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجرد ، بل انه يولى اهتمامه لانماط اعل بين الفرد والبيئه التى احاطت ببدايه تولد العرض . اذا اكتشفت لا ، أن عيبا مرضيا معيناً قد بدأ فى بدايه الالتحاق بالمدرسه ، فانه ل ان يتكشف الاسباب فى اطار مفهوم الاستجابة والتدعيم ، أى فى ث عن الاخطاء التربويه التى ارتكبت فى حق هذا الشخص (بسوء نية سن نية) مما ادى الى الاضطراب . وقد يكتشف أن البيئه المدرسيه تدعم بطريقه غير مقصوده هذا السلوك بسبب الضغط ، والدفع الشديد حصيل وغير ذلك من العوامل التى تؤدى الى اثارة تعطل نمو السلوك ليم .

وعند تعرض المعالج السلوكى لدراسة الاثار المباشرة للبيئة التى اطت بتولد العرض المرضى يهتم باطاره النظرى العام وهو ان السلوك ورى (القلق مثلا) نتاج رئيسى لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالى العام الشخص .. أن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقه تؤدى لتدعيم ق والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجدانى . أما المحلل النفسى فهو العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص ، وتشجيع اعى الطليق للطفولة وتكون هذه الاشياء هى المحور الاساسى للعلاج .

ان هدف المحلل النفسى فى هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياه المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ فى تدعيم السلوك المرضى ودون تحليل سلوكى للشروط المحيطة بتكوينه *.

ثانيا : العلاج ..

يعترف الكثيرون بدور العلم فى التشخيص ، وجمع المعلومات عن المريض ، والظروف المحيطه بتكوين الاعراض ، وكيفية عقد المقابلة الشخصية ، وتصميم ووضع الاختبارات التى تساعد على التحديد الدقيق لسلوك المريض . لكن الكثيرين قد يرون أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة ، لكى يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصى ، وخبراته وبصيرته ، وقدرته على التأثير والحكم الجيد . ونتفق مع « سكينر » فى ان هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته فى السلوك الانسانى ، ان دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلى ، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا عى تحديد طبيعة الاضطراب السلوكى ومقداره . أن جمع المعلومات هى الخطوة الاولى فى التحليل العلمى من أى نوع . اما الخطوة الثانية فهى

---

* قد يزعم بعض المحللين النفسين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة ايضا مرحلة سابقة للعلاج . لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالى القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكى دقيق للشروط المحيطه بتكوين العرض . ومع هذا فان بعض المحللين النفسين ينجحون فى علاج مرضاهم ، لكن يبدو مع هذا أن كثيرا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يبعدهم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات .

[...]ع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات اى تحديد المتغيرات التى [...] على التغيير من سلوك أو نمط سلوكى معين . بعباره اخرى تتركز [...]ثانيه فى ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير [...]م فى السلوك الناتج (الاضطراب السلوكى) والتحكم فى السلوك [...] بالغائه أو التخفف منه هو ببساطه العلاج النفسى . وبناء على هذا فان [...]يد الملائم سيساهم مساهمه اكبر فى العلاج لان منطق العلم اساسا [...] التجريه وضبط المتغيرات.

[...]ى مرحله العلاج يكون هدف المعالج السلوكى أساسا هو المساعدة على [...] الدقيق لانماط السلوك السوى التى يتجه اليها اهتمام المريض (تأكيد [...] التخلى عن العدوان ، القدرة على رعايه النفس والتوقف عن تعاطى [...]رات أو مشروبات كحولية ....الخ). كذلك مقدار شيوع هذه الانماط [...]كية الجديدة ، اى تكرارها وظهورها اكثر من انماط السلوك المحورى [...] تغييره والتخلص منه .

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك [...]ى .. وفيما يلى أمثله لاهم الاساليب المستخدمة وتطبيقاتها :

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسي بالتدعيم الاساليب الخاصة بالتعلم الانسانى والحيوانى . بعبارة أخرى، فان مفاهيم نظرية التعلم التى صاغها سكينر وتلامذته تستخدم فى مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية . وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعدده تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها فى المجال العلاجي ويؤدى بعضها الى نتائج ايجابية واضحة . صحيح أن كثيرا من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح ، الا ان ما امكن توظيفه يوحى بالأمل فى مستقبل طيب فى التعامل مع السلوك الانسانى المرضى . ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم الى التطبيق العلاجى حدث فى فتره متأخره نسبياً عن تطبيقات هذه النظرية فى المجالات الاخرى ، لكن النتائج حتى الان توحى بأن تنفيذ هذه الاساليب يؤدى الى تعديلات واضحة ملموسة فى انماط الاضطرابات والامراض النفسية . وفى الاجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم فى مجالات العلاج الجمعى ، أو الضبط الجمعى للسلوك المرضى فى مؤسسات الصحة العقلية .

عيم الاولى المباشر :

يتجه بعض المعالجين الى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات مباشره مثل الطعام والشراب . بعبارة أخرى فى هذا النوع من العلاج ه اهتمام المعالج الى تدعيم الاستجابة المرغوبة بارضاء حاجة او رغبة وجية أو جوهرية فى بقاء الانسان وتكامله . وبالطبع نتيجة لان تقديم هذا النوع من التدعيم وحجبه (فى شكل تدعيم سلبى) محوط باعتبارات ية ، لهذا نتوقع عدم استخدامه فى الحالات المرضية المعقدة .. ومع ذلك ط معينة ذكية يمكن للمعالج ان يستخدم التدعيم الاولى المباشر حتى علاج الحالات المستعصية . فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات ية ذات طابع ترفيهى مثل الحلوى والسجائر والفاكهة فى تدعيم السلوك يد . ولقد امكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (الحلوى مشروبات غازية- سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الاشبه بالبكم) عية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من أنه تبين نجاح هذا الاسلوب فى يادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرارها من المؤسسة ، فان نسبة الكلام تى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون للاسف ذات طبيعة آلية ، او خالية ن التلقائية .

وتتفق مع المعالجين المعاصرين فى ان استخدام المدعمات الاولية باشرة من أكثر المجالات العلاجية التى يثور حولها الجدل ، خاصة فيما علق بحقوق المرضى المحجوزين فى المستشفيات . ان الامتناع عن تقديم طعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال . ولهذا يقدم ض الباحثين أنواع من الاطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب ، عضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث شروط العامة للصحة ، لكن اذا تعلق الامر بحصول المريض على طعام يهى فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه ، ثم أليس ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراده على أساسه ؟ .

دعيم الاجتماعى :

من اكثر اساليب التدعيم العلاجى شيوعا فى الوقت الراهن ما يسمى عيم الاجتماعى ، أى تلك الاساليب التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم تماعى مثل : المدح والتقريظ والتشجيع وابداء الاهتمام عند ظهور تجابة المرغوبة . ومن المؤكد ان التدعيم الاجتماعى الايجابى من مل التى تقوم بدور هام فى الحياة الاجتماعية بشكل عام . وعلى سبيل ، فان ارتفاع مستوى الاهتمام بالالعاب الرياضيه بين افراد مجتمعنا يبدونه من حماس نحو ألعاب كره القدم مثلا يقوم بدور فعال فى زيادة اللاعبين انفسهم ، ويشد كثيرا من افراد المجتمع نحو هذا المجال .

س القرن تولى المجتمعات المتقدمة اهتمامها للانجاز العلمى والنجاح اديمى ، فتقيم الجوائز التشجيعية ، والمنح الدراسية ، وتسترشد بآراء قفيها ، وتتوجه نحوهم الاضواء ، وهى بالتالى تشجع الروح العلمية تذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال . ترى كيف يمكن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعى لمجالات الفكر والثقافة لم نصف ما نقدمه للمجالات الاخرى ؟.

وفى المجال العلاجى رأينا نموذجا لاستخدام الاهتمام والتشجيع فى الة الطفل الابكم عندما كانت تصدر منه مظاهر من النشاط اللفظى أو وى . ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعى) فى جلسات العلاج النفسى را هاما فى تاكيد وابراز جوانب السلوك التكيفى ، مثال هذا أن يقوم شجيع شيوع الافكار المنطقية المعقولة فى المرضى العقليين بشتى أنواع شجيع والتحبيذ وابداء الاهتمام كما فى المثالى الآتى :

المريض : (هو مريض عقلى فصامى ، مضطرب التفكير) : اننى لا ـرف فى الحقيقه مشاعرى نحو والداى .. نعم أنا أعرف أنهما حباننى ويهتمان بى .. ويبديان اهتمامهما بى فى كثير من المواقف ، د تلقيت منهما هدية لطيفة فى الاسبوع الماضى .

المعالج : (يشعر بأن المريض هنا يقدم تعليقا اجتماعيا صحيا وملائماً ، يقف ويوجه كل اهتمامه للمريض ، ويبتسم رفه وتشجيع) : جـمـيل مـعنى هذا انك تريد أن تقـول بأن « والداى عبانى بدليل أنهما يبديان اهتمامهما بى وبرعايتى » .

المريض : هذا صحيح. لكن هناك شيئا يحيرنى يا دكتور ، لماذا يأمر لدى العمال بأن يضعوا أدوات الترفيه فى وسط الطريق.

المعالج : (يشعر بأن المريض قد عاد لاضطرابه الفكرى ير المنطقى ، يسعل بدون اهتمام ، يشيح بنظره بعيد نحو افذه ويغير موضوع الحديث) : كيف قضيت اجازتك فى الاسبوع ضى ؟.

ولان المعتقد ان التدعيم الاجتماعى بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب هاما فى شيوع أنماط السلوك المحورى أو المرغوب فان هناك بعض حثين ممن يرون بأن التدعيم الاجتماعى عندما يكون مصحوبا بمدعمات سة (مكافأة مادية مثلا) بطريقة منظمة تزداد أثاره التدعيمية اكثر مما تم وحده. ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعى القائم لمدح والتحبيذ يعتبر فى حد ذاته ذو أثر فعال بالنسبه لكثير من المرضى دون أن يكون مصحوبا بمدعمات مادية أخرى ، وانه عندما يستخدم ة يمكن ان يؤدى وحده الى تغيرات محسوسة فى السلوك المرضى. مثال على ذلك حاله المريض الفصامى (السيد س) التى عرضنا لها صفحات السابقة ، والتى تصور لنا الامكانيات المختلفة التى يمكن ان

ى اليها السلوك عندما نولى اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك لرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضى بين الفصاميين قد أدى الى ييلات ملحوظة فى جوانب الاضطراب التى تظهر منهم. فقد ثبت فى ى الدراسات(٢) وجود تغيرات ملموسة ، وتناقصٌ ملحوظ فى نسبه لوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقى والمفكك فى مريض امى نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الانماط لوكية (الهواجس والتفكك فى التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام ماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع من اسك).

وفى حالة اخرى لمريض فصامى ، عزف عن تناول الطعام فى تشفى (دون سبب واضح) حتى أصيب بهزال شديد ، وتناقص وزنه ى أن اصبح فى وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا ا يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام) ، استطاع المعالج باستخدام لوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام ، والتجاهل عندما يعزف عنه ى يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة ام (٣).

كما استخدم اسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة تدعيم الوعى بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الاخرين والاشخاص الآخرين فى البيئة (٤).

ويستخدم التدعيم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منه مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبديها الاطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الاخراج والعدوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال ايقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة الحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب واضح بمجرد تجاهله عندما يبكي وابداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لاتزيد عن خمسة عشرة يوما. ويعلق المعالج السلوكي الذي قام بعلاج هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية :

« لقد لاحظنا الطفل لايام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار الحضانة في إيقاف بكائه وعويله المستمر دون سبب واضح. وفي أثناء الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء في كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء في المتوسط تحدث في كل صباح في الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهرا. واكتشفنا أثناء ملاحظتنا أيضا أن نوبات البكاء والصراخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين اسكاته وملاطفته حتى يتوقف عن البكاء »

« ولقد أمكن باستخدام التدعيم الايجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العادي والتجاهل عندما يبكي أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماما في خمسة عشر يوما. لقد توقف الطفل عن ابداء أي مشكلات نتيجة لهذا الاسلوب البسيط » (٥).

والحقيقة أن استخدام اسلوب التدعيم مع مشكلات الاطفال يتم بنجاح فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو ان السبب اسي في هذا يرجع الى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالطفل أثناء لاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساسا في المنزل. أنه، يجب ان تكون البيئة المنزلية متفقة لاساليب العلاج السلوكي اسياته النظرية حتى يتم في المنزل تعميم التغيرات الملحوظة في العيادة، تالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماما ملحوظا لتدريب الآباء أو المشرفين في سسات على المبادئ الاساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم ان ير الى أن كثير من الآباء يعتبرون مسئولين مسئولية رئيسية عن ظهور كلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون الى تعليم الآباء والمشرفين ادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لغة بسيطة، ويضمنون جيهاتهم شرحا بسيطا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والاثابة، التماثل بين الانسان والحيوان في كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، (أي الآباء) مسئولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال انماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريبا فعالا على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة الامريكية حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والابناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور

بداخلها ، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذى يلاحظ ما يدور (بين الام والطفل مثلا) . والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة السلوك فى جو طبيعى غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الاطفال أن هناك ما يلاحظ تصرفاتهم فى الخارج . وغالبا ما تكون هذه الحجرات مزودة بسماعات لا سلكية ، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحا عليهم استخدام انماط جديدة من الاستجابات . والمثال التالى يوضح لنا كيف يتم ذلك فى حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها ، ونشاطه العشوائى .

« الأم فى داخل الحجرة الزجاجية تقرأ فى الجريدة الصباحية ، بينما ابنها ذو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات . جاءت الأم بالطفل لمركز العلاج النفسى لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التى أخذ يثيرها الطفل منذ عامين : فهو كثير البكاء ، ولا يكف عن النشاط العشوائى والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعاسة . المعالج السلوكى خارج الحجره يشاهد ما يدور بداخلها . ويحدث عندئذ الحوار الآتى :

الأم (داخل الحجرة) : اننى أحب هذا البناء الذى اقمته بهذه المكعبات .

الطفل (يهد البناء بغضب) : لكنه لا يعجبنى اطلاقا .

الأم : جائز .

الطفل (ينخرط فى نوبة بكاء ونهنهة) : لماذا قلت انه يعجبك ؟ لماذا ؟

الأم (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات

كية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل) .

ج (متدخلاً) : لاتستجيبى لبكائه ، استمرى فى قراءاتك .

ى (يرتفع بكاؤه وعويله) : أنت لماذا لا تجيبى ؟

(تبعد الجريدة . توشك أن تستجيب لبكائه).

لج : (من خلال الميكروفون) لا تهتمى . استمرى فى التجاهل والقراءة ائى أن تتجاهلى الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعبا . دعينا نرى يحدث بعد ذلك .

ل : يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء . بعد لحظات قليلة يقوم : ى هل يمكنك أن تساعدينى فى بناء هذا الجزء من المكعبات » .

الج (للأم من خلال السماعة اللاسلكية) : الان يمكنك ان تساعديه وأن ى له اهتمامك لانه لا يبكى .

(تتجه نحو الطفل) ، بكل سرور يا حبيبى طالما انك تطلب معونتى دون . وبطريقه لطيفه .

عالج (للأم) : هذه استجابة جيدة » .

فى هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة ساعد على توضيح معنى التدعيم ، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب . كذلك يبين لنا ن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الام ، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة . وفى حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون على الاطفال عن التقاط السلوك الملائم ، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الام لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع

الشخص صاحب المشكلة ، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة فى التصرفات.

وعلى العموم ، فان التدعيم الاجتماعى يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير فى سلوك المرضى النفسيين والعقليين ، فضلا عن المتخلفين عقليا. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التى يثيرها استخدام التدعيم فى الوقت الحالى.

متى يكون التدعيم فعالا ؟

والآن وبالرغم من ضرورة التدعيم لاحداث التعلم والتغير ، فقد لا يكون أحيانا فعالا. فقد ينشط أحد الاطفال فى الظهور بمظهر جيد اذا ما وعدته بقطعة نقدية ، بينما لا يؤثر ذلك فى سلوك طفل اخر. ونفس الطفل قد تختلف استجابته لنفس المدعم من وقت الى آخر. فقد يتوقف عن البكاء اذا قدمت له قطعة من الحلوى ، لكنه لا يفعل ذلك فى موقف اخر لا يكون فيه جائعا أو محتاجا لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكى يكون فعالا يجب ان تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشئ المستخدم كتدعيم يجب ان يكون محبوبا ومرغوبا من الشخص ، أى يجب ان تكون له قيمة ما عندالشخص. وهذه القيمة هى التى ستحدد ما اذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول على الشئ. فبعض الناس (خاصة الاطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد فى مقابل المأكولات والحلوى ، وبعضهم يفضل تقدير الاخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة ، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعى والبعض يفضل الانتماء فى نشاط اجتماعى بناء. وفى حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما فى حالة الفنان المبدع الذى يسعده ان يجد تقديرا لفنه او ان

ان عمله قد احدث بعض التغيير فى بيئته. يتطلب هذا إذن أن يكون التدعيم موجها ومرتبطا بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالا اكثر عمقا ويتعلق بالسبب الذى تختلف فيه المدعمات من شخص الى آخر. لماذا يفضل بعض الاطفال الحلوى ، بينما يفضل البعض الاخر قطعة نقدية ، أو لعبة ؟ وبين البالغين ، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسى بينما يكون المركز الاجتماعى أو الشهرة هو المدعم لدى البعض الاخر ؟ يمكن القول بشكل عام ان الخصائص التدعيمية للأشياء تختلف من شخص الى أخر بسبب احتياجات هذا الشخص ، وحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير الى بعض التجارب التى بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة اللاجتماعية للشخص من هذا دراسة أجراها بريماك Premack (٦) أطفال من الطبقات المتوسطة بينت ان اعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدى الى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار فى اداء لعبة معينة ، بل على العكس تبين له ان اللعب بلعبة معينة هو الذى يقوم بدور المدعم لتناول قطعة من الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه فى اطفال الطبقات الفقيرة ، حيث تبين له ان قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمى للاستمرار فى اللعب (الارجحة) بعبارة أخرى فان تعديل سلوك الاطفال فى الطبقات المتوسطه يجب ان يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الاطفال فى الطبقات الفقيرة .

ومن العوامل التى تساهم فى فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفورى أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لان الشخص يتعلم السلوك فى وقت اعطائه التدعيم فاذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالته ، لانه قد يأتى فور الانغماس فى شكل سلوكى آخر غير

استمر الحيوان فى اظهار الاستجابة لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف ، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات فى حالة الحيوان الذى تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الامر بالنسبة للسلوك البشرى الذى نرغب فى اكسابه الاخرين أو اكتسابه بالنسبه لنا نحن. فتعليم الطفل مثلا لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع ، المدح بين الحين والاخر كلما نجح فى لبس حذائه مثلا ، يؤدى الى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف فى اعطاء التدعيم بصورة مستمره.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفورى التى اشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطع وفوريا فى نفس الوقت ، بل ان من الواجب كذلك اذا ما كنا نصبو الى جعل التدعيم قوى الفاعليه.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم

فى تعديل السلوك البشرى

الان وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه ، والعوامل التى تؤدى الى فاعليته، أصبح الطريق ممهدا للحديث عن بعض المشكلات التى يثيرها استخدام هذا الاسلوب بالنسبة لاخصائى العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأى العام أيضا.

فمن ناحية نجد أن المعالجين السلوكين فى الفترات المبكرة من اكتشاف نظرية "سكينر" كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب ، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التى عرضنا لها فى الصفحات السابقة من هذا الفصل ، وذلك دون النظر لطبيعة السلوك الذى يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك الى الاهمال التام لامكانية أن يكون السلوك نتيجة

روط سابقة ، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعمدة. ى مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدى التجاهل الى ازالة هذا السلوك ، على العكس قد يؤدى الى مزيد من الاستجابات السلبية. افرض أن يضا فصاميا قد أعطى عقارا لتهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء ظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. ان تعديل هذه الانماط سلوكية دون التوقف عن اعطاء الدواء قد يؤدى الى نتائج سيئة تماما. ثل فان الاهتمام بأشكال السلوك الشاذه التى تظهر لدى شخص يحاول عى المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدى الى تناقص فى ذا السلوك الشاذة بل قد يؤدى الى زيادتها وتدعيم السلبى منها أكثر ثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجا أو شخصا أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكى والاهتمام بالشروط السابقة على وره.

اضف الى هذا مسألة الفروق الفردية فى القابلية للتغيير فى هذا تجاه أو ذاك نتيجة التدعيم الاجتماعى. فالتدعيم الاجتماعى بالمدح مثلا يؤدى الى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المصابين بالبارانويا عض حالات الهيستيريا ، لان لفت الانتباه هو ما يصبو اليه هؤلاء المرضى هو عينه ما تقدمه لهم فى أى خطه علاجيه تقوم على التدعيم. تحسن أداء بعض المرضى ويزداد اذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبى (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية ذه عند التفكير فى التخطيط لاى برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم ، وتتمثل فى مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة فى مواقف الحياة الاخرى بعد تفحصها فى العيادة ، أو فى مركز العلاج النفسى . خذ مثلا حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام ، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكى أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتدعيم أنماط جديده من الطلاقة ويسر التعبير . الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة قد نجح فى احداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة ، وهى الطلاقة فى التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم اما فى عيادة المعالج ، أو فى مركز العلاج النفسى . والسؤال الان : ماذا يحدث لهذا السلوك وللاصدقاء القدامى ، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة فى التعامل معه . هل ستستمر استجابته السوية وتتطور كما كان متوقعا لها؟ . أم ان الظروف الاجتماعيه الاصلية التى ساعدت على ظهور اللجلجه ستكف السلوك السوى ، وتخلق « اللجلجة » من جديد؟ بعبارة أخرى ، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتى :

١- تعميم انماط السلوك السوى واستمراره فى النمو والتطور فى مواقف خارجية ، لان هذا هو محك العلاج : الفاعلية لا فى حجرة العلاج النفسى ، بل الاستمرار فى الفاعلية خارجها ، ومع أشخاص أخرين ، وفى مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيبا .

٢- تأكيد السلوك السوي الجديد وذلك بأن نضمن استمراره فى وجه الخبرات الجديدة التى قد يكون من شأنها كف المريض وارغامه على العودة للحالة السابقة .

ونتيجة لهذا يقترح البعض (٨) شروطا تساعد على استمرار النتائج ـابية للتدعيم منها : أن يكون الموقف العلاجى مشابها الى حد بعيد للبيئة ـيعية الاجتماعية التى تحيط بالمضطرب . وبهذا سيسهل على الشخص ـمم استجاباته السوية للبيئة وبيسر وسهولة . ولهذا فمن الافضل أن اجراءات تعديل السلوك فى البيئة نفسها . ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن ـحركة العلاج الاسرى التى أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوربا فى ـبتين الاخيرتين . حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لاسرة المريض ـت تتراوح من ٢٤ ساعة الى أسبوع لكى يلاحظ - أو تلاحظ - أنماط ـاعل فى داخل الاسرة نفسها وموجها نصائحه على هذا الاساس . وبهذا ـم المعالج بتعديل سلوك المريض وحدة بل بتعديل سلوك كل من يحيطون ـيض، أو بالاحرى فانه لا يقوم وحده بعملية العلاج بل يحول البيئة ـيطة كلها الى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره .

كذلك من الافضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن ـى تصبح متماسكة وقوية ، وقادرة على مواجهة الصعوبات ، والخبرات ـتماعية السيئة . فالشخص الذى أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس ـكيد الذات ، قد يواجه فى البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء ـعمل ، اما لان تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيد بعد , أو لان زملاء ـعمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا ـسببين . ولتجنب الكف والعودة الى النمط المرضى السابق ، فان استمرار فى تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها قدرا من القوة لتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدى . وعلينا هنا الا ننسى

مبدأ رئيسياً وهو النجاح يخلق نجاحا اكبر ، فالشخص الذى ينجح فى اكتساب شكل سلوكى جديد (تأكيد الذات, أو الطلاقة فى التعبير عن النفس)،

سينجح فى اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن فى الاصل موضوعا للعلاج. وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث فى هذا الميدان البكر. فنحن الان نعرف – على وجه اليقين – أن النجاح فى التخلص من سلوك سيئ (كالتلجلجة) يصحبه نجاح مماثل فى سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام ، وزيادة الثقة بالنفس ، والايجابية .. الخ (٩)ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الاضافية الجديدة التى تزيد من قوة السلوك الجيد. وقد أمكن فى احدى التجارب دراسة آثار التعميم فى أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح فى تدعيم الاتجاهات الايجابية نحو الطب والاطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن فى المساهمة فى التجارب الطبية ، وفى أداء المقاييس الطبية (١٠) لاغراض البحث العلمى فى ميدان الطب. ونعلم من دراسات التفكير الابداعى أن تدريب الافراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد فى الثقه بالنفس ، وبالسيطرة فى المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التى أثارتها (١١).

وفى حالات كثيرة قد يتعذر الوصول الى مدعم مناسب لبعض الاشخاص أما لصعوبات عملية ، أو لان مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة

ى التركيب بحيث يتعذر خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم لاج النفسى الحديث. ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من شاطات والاستجابات التى تصدر عن الشخص الى مدعمات مناسبة اذا ا ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فان المدعم نسبى ، ولا توجد عمات مطلقة. لهذا يلجأ المختصون فى ادارة المرضى العقليين فى ستشفيات النفسية بأمريكا الى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم ى مماثل. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان ، تهاج سلوك عاقل فى التعامل مع الزملاء من المرضى الاخرين والاطباء دعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من ستشفى فى نزهة أو المساهمة فى نشاط دينى أو اجتماعى فى داخل ستشفى ، مشاهدة فيلم سينمائى .. الخ ومرة أخرى يقوم رجال السياسه افع الرغبة فى ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بان يدعموا تجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه استجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر ، تولى منصب جديد ، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من ينون الطاعة لحكومتهم.

إعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام الى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم .. التدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على كتشافه وبلورته. والقانون – كأى قانون – قد يستخدم بحكمة ، كما قد

يستخدم بطيش. اننا نعرف مثلا أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم فى أغراض سلمية وطيبة، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت فى ابادة عشرات الالوف من البشر فى "هيروشيما" و "نجازاكى" بطيش. لم يسبق له مثيل فى تاريخ البشر.

كذلك الامر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الان فيما يتعلق باستخدام التدعيم أنما يشير الى صورة مشرقة وايجابية فى ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتى والاجتماعى فى سلوك البشر (العصابى والذهانى). وقد رأينا أن كل البحوث التى عرضنا لها تعطى- كليا أو جزئيا- نتائج ايجابية.. ولا شك فى أن هذا يدل على أن الالمام بقواعد التدعيم يعطينا سِلاحا قويا لمواجهة المشكلات السلوكيِة والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائما على من يحمله : فهو فى يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان أو هكذا على الاقل يجب ان يكون)، لكنه فى يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الاسلحة وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكى بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الاسلحة واحرازها نسمية نحن بالاعتبارات الخلقية.

ولعل أول مبدإ خلقى للعلاج - السلوكى أو الفرويدى أو أى شكل آخر - ضرورة ان تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساسا لخدمة المريض وبالتالى خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام - الذى يجب أن يفوق

أى التزام اخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها اخصائيو العلاج فى المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات، ومراكز العلاج، والسجون، ومؤسسات التخلف العقلى.. الخ.. خاصة عندما تختلف-- وكثيرا ما تختلف- أهداف المؤسسة مع الاهداف الانسانية التى يجب أن تحقق للمرضى. افرض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاما قذرا، ويسئ العاملون فيها استخدام المرضى.. فيثور مريض معين. فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته واغرائه لتقبل الوضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الاصلاح ؟ بالرغم من أن الاجابة واضحة على الاقل من الناحية النظرية فى أن الالتزام الاول هو صحة المريض ورفاهيته. فان التطبيق العملى. دائما ما تحيطه مشكلات. ولازالت مؤسسات العلاج النفسى هنا وفى الخارج تجنح ما بين الحين والاخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم فى الشكوى والتعبير باخضاعهم لاسوأ أنواع التشريط. وقد شهدنا فى عام ١٩٧٤ جزء من ثورة الرأى العام والصحافة فى أمريكا أثر ما اكتشف فى احد سجون ولايه « أيو » Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين « بالابومورفين » عندما تصدر منهم أى استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة. وأسوأ ما فى هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الاطباء النفسيون المشرفون.

وما يحدث فى مستشفيات التخلف العقلى لا يقل عن هذا سوءاً. فقد سمعت اخصائيا نفسيا اكلينيكيا عربيا يبدى تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتى التى كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والاخر، كطريقة لتعديل هذا السلوك

التميرى. وتعتمد كثير من المصحات على العقاقير المهدئة ، والجلسات الكهربائية وفى حبس المريض والاستخدام الاجبارى لانواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيرا من هذه الوسائل تعوه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجا ، بينما لا تعدو فى الحقيقة أكثر من كونها سبيلا للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء « الوقحين » ، والمتمردين ، والعدوانين من وجهة نظر العاملين.

فماهو المخرج من هذا المأزق الاخلاقى؟ ليس بالطبع فى التخلى عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها فى توجيه السلوك البشرى يوما بعد يوم.. وليس بالتخلى عن البحث العلمى فى هذه الموضوعات واثراء العلم وقوانينه. وأنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين ، وفى عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك فى أن مزيدا من حركات الاصلاح الاجتماعى التى يجب أن تشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية ستتكفل فى حل كثير من أجزاء الأزمة. فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها « مؤسسات كامله » ، وهو يعنى بذلك الاشارة الى حقيقة مؤسفة تتعلق باماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قبل الاجهزة الادارية المختلفة. وفى مثل هذه الظروف :

« تصبح حاجات الفرد ورغباته فى منزلة ثانوية ، بينما تكون الاهمية الاولى لادارة المستشفى ادارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أى أن شئون الفرد فى المستشفيات العقلية الكبيرة توضع فى منزلة ثانوية ، بينما تأتى ادارة المرضى وضبط أمورهم فى المنزلة الاولى »(١٣).

ولاشك أيضا أنه لا بديل للمعالج السلوكى الا بالتسلح بمزيد من الاخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددا من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الاخلاقية غالبا ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائما .. ولهذا فالاحرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التى تفرضها الممارسة المهنية ، منها أولا : عدم استخدام أى أسلوب علاجى الا بموافقة الشخص وبرضائه ، ومنها ثانيا : أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله، ومنها ما قاله الفيلسوف « كانت » فى عبارات بسيطة :

« لاتعامل كائنا بشريا أخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات ، بل انظر اليه دائما على أنه غاية فى ذاته ولذاته » .

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات ، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائما عند التطبيق ؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل ، وسهلة الصياغة ؟.

إن المعالج النفسى فيما أرى يعتبر بمعنى حارساً للقيم الانسانية الاصلية ولحقوق الافراد الانسانية وداعية لاصلاح أجتماعى اذا ما هددت هذه القيم ، أو أخضعت الكرامة الانسانية للتشريعات المهنية .. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف فى كثير من الاحيان عن عائد أى حارس أخلاقى للمجتمع وعلى مر التاريخ : أن يواجه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المرير ..

الخلاصـــــة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض . وإذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فان هذا يؤدى الى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويطلق على الاستجابات التى تستجيب بها البيئة للتصرفات والافعال الانسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئى ايجابيا اذا أدى الى زيادة فى شيوع السلوك السليم والسوى . ويكون سلبيا اذا أدى الى زيادة السلوك المضطرب والشاذ . فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك ، قد يدعم أشكالا شاذة ومضطربة .

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ . فالتدعيم الخاطئ باظهار الانتباه وتلبية رغبات الاشخاص عند انغماسهم فى أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدى فى الغالب الى زيادة فى تلك الجوانب الشاذة وبالتالى سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ وتتدعم غالبية الاضطرابات المصاحبة للامراض النفسية والعقلية ومشكلات الاطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكي ، والاستجابة لهلاوس الفصاميين على أنها علامة من علامات الورع ، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين ، واظهار الاعجاب بسلوك الجانحين و التسلط العدوانى والمدمر بالآخرين ، والانصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبهم فى العمل والحياة ، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والابداع . كل هذا وغيره يعتبر مظهر من مظاهر التدعيم الاجتماعى السلبى (المقصود أو غير المقصود) للاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة .

، التدعيم الايجابى لايقل خطرا عن التدعيم السلبى الخاطئ ، بل انه
سببا رئيسيا فى ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية .
ب ، مثلا يحدث أساسا بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنح التدعيم
ى وتثير الدوافع والفعل والنشاط. لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب
ن كبار السن ، أو المحالين على المعاش ، والمساجين السياسيين ،
بيوت ، وأثر الازمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز ، أو مرض
أو الفصل من عمل أو مهنة .. الخ . مما يدل عن أن الافتقاد للتدعيم
ى يرتبط ارتباطا وثيقا بظهور الاكتئاب النفسى وربما الانتحار .

نما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة
ديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الانسانية بحلول ايجابية.
هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم فى
نفسى. ويتطلب استخدام التدعيم فى العلاج أن نبدأ أولا بالتحديد
ضطراب الذى نريد علاجه ، والاهداف التى نرغب فى الوصول
م حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات ،
بات الاجتماعية التالية لظهوره. ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من
اهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك. وقد
ائج عدد من الدراسات التى تبين الامكانيات الواسعة والمختلفة
ى أن يتطور لها البشر عندما نولى اهتمامنا لجوانب ايجابية من
متجاهلين الجوانب السلبية منهم. وينطق ذلك على حالات مختلفة
ميين ، وعيوب الكلام ، والقلق ، والانسحاب الاجتماعى. وقد أمكن
١) استخدام أساليب التدعيم فى علاج حالات الاكتئاب. وكمثال
له امكن علاج سيدة فى الخامسة والاربعين كانت تشكو من
ديد ، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل

أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنيه، وتوهم الامراض، والتعب، واليأس، والتهديد بالانتحار، (وهى الاعراض التى تصاحب عادة ظهور الاكتئاب)، مع ابداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدى أى مظهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات ايجابية متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها.. الخ. وعندما توقف أفراد الاسرة عن ذلك عادت السيدة الى نفس حالتها الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطردا بعد ذلك دون انتكاسات.

ولكى يكون التدعيم فعالا يجب ان تصحبه شروط منها: أن يكون فوريا، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوبا من الشخص. والتدعيم المتقطع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب. كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك، والغاء الوظيفة (المكاسب الثانوية) التى يؤدى اليها السلوك السئ. ولكى نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم، من الافضل أن تنفذ خطة العلاج فى البيئة الطبيعية للشخص أو على الاقل فى بيئة مشابهة، كما أن اشراك المحيطين بالشخص (الاسرة أو الزملاء) واعلامهم بخطة العلاج وأهدافها تؤدى الى استمرار تطور السلوك السوى والصحة وتدعيم سلوك جيد يصحبه تغيير ايجابى فى خصائص سلوكية اخرى. وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التى تساعد بدورها على استمرار ظهور الانماط السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحا ذو حدين، يستخدم فى أغراض علاجية انسانية كما قد يستخدم فى أغراض لا انسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم

خلاقى فى سلوكهم، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية ورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده فى تفسير السبب شخصا معينا يستجيب للاكتئاب-مثلا-عند الافتقاد للتدعيم، بينما ستجيب شخص اخر بالعدوان أو باللامبالاة. اذ لابد من دراسة يب الناس فى التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم -حتى يكون الماما تعديل السلوك متكاملا.

مراجـــع وتعليـــقات

1- Skinner. B.F (1953). ***Science and human behavior*** . New York : Macmillan.

٢- للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم فى تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص انظر :

3- Hagen, R. (1975) Behavioral therapies and the treatment of Schizophrenic. ***Schizophrenia Bulletin***. Issue No . 13 pp . 70.96.

4- Kazdin, A.E.(1968) ***Behavior modification in applied settings*** . Homewood, Illinois : Dorsey Press.

- Hagen, Op. cit., 1975

- Hagen, Op. cit., 1975

٥- للمزيد من تطبيقات مبدأ التدعيم فى علاج المشكلات السلوكية للاطفال أنظر : لوك واطســـون ، **تعديل سلوك الاطفال** ، ترجمة محمد فرغلى فراج – وسلوى الملا ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٧ ..

6 - emack, D. (1962) Reversibility of the reinforcement relation. ***Science***. 163,255-257.

٧- هول ليندزى ، **نظريات الشخصية** ، ترجمه فرج أحمد فرج واخرين القاهره : الهيئة العامة للكتاب،١٩٧١..

٨- للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر :

Golldfried. M.R & Davlison, G.C ***Clinical behavior therapy*** New York: John Wiley , 1976.

الاطلاع على النتائج الايجابية التى يؤدى لها النجاح من التخفف من الاعراض المرضية فى الشخصية انظر ما يكتبه "ايزنك " سواء فى بعض كتبه المترجمة للغه العربية ، أو الكتب التى لم تترجم. وقد سبق ان أشرنا فى الفصول السابقة الى عدد منها . كذلك أنظر :

10-Krasner,L.(1962) The therapist as a social reinforcement. machine . In HP H. Strupp and L. Luborsky(eds.) , ***Research in Psychotherapy***. Vol..2 Washington, D.C. APA, 1962.

للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والابداعية على الشخصية انظر : عبد الستار ابراهيم ***التوجيه التربوى للمبدعين*** ، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويتية) ، عدد ابريل، ١٩٧٩.

عبد الستار ابراهيم، ***ثلاثة جوانب من التقدم فى دراسة الابداع*** ، (تحت النشر).

شاكون كاشدان ، ***علم نفس الشواذ*** ، ص ١٨٠ (مرجع سبق ذكره).

الفصل الثامن

العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير

تمهـــيـد :

تنبـه الفـلاسـفـة اليـونانيـون منذ القـدم الى أن الطـريقـة التى نـدرك بـهـا الاشياء وليس الاشياء نفسها هى التى تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السـواء. وفى هذا الصـدد يقـول « أبيـقـورس » « لايضطرب الناس من الاشياء ، ولكن من الأراء التى يحملونها عنها » .

أما العلاج النفسى – السلوكى المعاصر فيسلم أيضا بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد الى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا أبتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية فى الاضطراب النفسى. وتتفاوت هذه المفاهيم : فهى عند أدلر Adler تشير الى « أسلوب الحياة » الذى يتبناه العصابى أو الذهانى(١). وعند البعض الاخر تشير الى أساليب الاعتقاد(٢) ، ويستخدم البعض الثالث مفهوم « الفلسفة الشخصية »(٣). أما البرت اليس Ellis فيستخدم مفهوم « الدفع المتعقل » . وبالرغم من الاختلافات الظاهرة فى هذه المفاهيم فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التى

يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الاخرين. وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أى تغيير حاسم فى شخصية المريض ، أو فى الاعراض التى دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين فى العلاج النفسي أن « كل أشكال العلاج النفسي - بما فيها السلوكي - تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا ، وبالتالى أن يسلكوا بطريقة ملائمة مختلفة (٤) » . ومن ثم فان نجاح العلاج النفسي ، أو نجاح الشخص فى التغير الايجابى يجب أن يكون مصحوبا بتحسن فى طريقة تفكيره والتغير فيها .

كذلك فان الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير* والاساليب الفسيولوجية تعتمد اعتماداً حاسماً فى تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية مثل : توقع مكاسب علاجية ، والمعلومات التى يحصلها المريض عن مواقف الخوف ، والقلق ، الاكتئاب ، والتدريب على ضبط الانتباه ، واتجاه الشخص نحو المعالج ، ونحو العلاج النفسي بشكل عام (٥) . وهى كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمى الى أسلوب تفكير المريض ، واتجاهاته العقلية.

* نلاحظ انه بالرغم من ان تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجى ، فان المريض يمكن ان كان غير راغب فى العلاج ولا يرى ضرورته ان يقوم بوسائل تقلل من تأثير هذه العقاقير او تلغيها. وابسط مثال على هذا ما نلاحظه فى مستشفيات الطب العقلى من أن المريض قد يبقى الاقراص العلاجية فى فمه دون أن يبتلعها ، ويبصقها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبيا ، ويكشف الفيلم السينمائى الحاصل على جائزة الاوسكار " طائر فوق عش مجانين " جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة .

غير أن من الضرورى أن نشير الى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد فى الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير فى العلاج النفسي ـ السلوكى فان هذا الاعتراف جاء مؤخراً ، فلفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكى يولى اهتماما يذكر لدور هذه العوامل معتبرا أياها عوامل داخلية لا يمكن اخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم ، وكان الاهتمام فيما رأينا فى الفصل السابق متجها الى السلوك الظاهرى أو الانفعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزا على تغيير الانفعال الظاهرة التى تبدو لدى الشخص القلق ، كالرعشة ، والاغماء ، وخفقات القلب .. الخ دون اهتمام بالافكار التى يقولها المريض لنفسه ، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر .

ولفترة قريبة لم يكن « ولبى » - مثلا - يرى أهمية ما للتأثير فى أساليب التفكير. فمن رأيه أن البدء فى تعديل السلوك أهم من التعديل فى طرق التفكير ، لان تعديل السلوك (سلوك الخائف ، او المتوتر مثلا) يؤدى بعد ذلك الى تعديل فى الظواهر الفكرية كالاستبصار ، والتغير فى الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس. ويدعى بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبهما تغيير فى السلوك الظاهرى. ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج اليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهرى « غير السلوك ، وستتغير معه أساليب التفكير » . على أن الامر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون فى العلاج النفسي على دراسات

كشفة لم تدع نتائجها مجالا للشك فى أن المرض النفسى تصحبه اضطرابات فى طرق التفكير ، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير فى التوافق والسلوك.

أما لماذا لم يجد « ولبى » حالة أدى فيها تغيير التفكير الى تغيير فى السلوك ؟ فلأنه كان – مثله فى ذلك مثل المعالجين السلوكيين فى الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج – ينتقى الحالات المرضية التى يشكل فيها الاضطراب السلوكى محور لكل الاعراض الرئيسية.

وحديثا نجح « لازاروس » فى علاج حالة ضعف جنسى لدى شاب فى السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكى تقليدى مشهور معه. لان « لازاروس » لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكى ذاته (وهو الضعف الجنسى) ، بل ركز على طريقة تفكير المريض واتجاهه نحو الجنس عموما عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بأن العلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية ، وان الادمان الجنسى كالادمان على المخدرات. أن من العبث اغراء المريض باستخدام طرق العلاج السلوكى التقليدية لعلاج الضعف الجسمى مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسى مثلا) وهو يعتنق مثل هذه التصورات. أن من الضرورى أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو « الجنس » ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص فى أسابيع قليلة من المناقشة والاقناع ودحض أفكاره الخاطئه عن هذه الموضوعات.

وكعاداتنا فى تناولنا لموضوعات هذا الكتاب – خاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج. سنحاول فى الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن

تعديل المسالك الذهنية ضرورى لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية ، لأنه يؤثر تأثيرا مباشرا فى اثارة الاضطراب وفى أثاره الشفاء ، كما نتعرض لجوانب التفكير التى تصاحب الامراض النفسية وتلك التى تصاحب الصحة النفسية. وفى الجزء الاخير من هذا الفصل من هذا الكتاب نكشف عن بعض الاساليب الفعالة فى تغيير السلوك الذهنى.

أدلة على فاعلية أساليب التفكير فى أحداث الاضطراب النفسى وفى العلاج منه

أما الادلة التى سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا – وطريقتنا فى الاعتقاد عن الاشياء وعن النفس – فى أثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية، ويعتمد بعضها الاخر على النظريات العلمية ، والبعض الثالث يعتمد على الادله التجريبية الحديثة.

أولا : من الناحية الفلسفية أشرنا الى الآراء الفلسفية للمدرسة الأبيقورية التى ترى بأننا نضطرب لا من الاشياء ولكن من آرائنا عنها. ولهذه المدرسة أراء أخرى تسهم فى الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية فى تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلا أن مالا يمكن تعديله يجب أن تقبله ، أو تطرحه جانبا فلقد لا يقبل الفرد كثيرا من وقائع الحياة التى لا أمل فى تغييرها أو اصلاحها (كوفاة قريب،

أو وجود جوانب نقص فينا ، عجزنا عن الكمال ، اختلاف الناس عنا .. اختلاف الناس عنا .. الخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب ، بمعنى أنه اذا واجه مشكلة ما أو موقفا حتميا لا يملك تعديله ، فان تبديده لطاقته فى التفكير فى هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة ، بل سيؤدى فى النهاية الى تضخيم توتره النفسى والانفعالى ، منتهيا به الى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن كثيرا من مشكلات العصابيين وغيرهم تنتج بسبب الاوجاع والمحن التى تمتلكهم فى التعامل دائما مع الاشياء المستحيلة. فالعصابى يبحث دائما عن المستحيل أو المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتنميته. ويؤدى به هذا فى النهاية الى الاجهاد النفسى، والشك فى امكانياته وبالتالى التفكير فى البيئه على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وأثارة المصاعب والتوترات .

وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ولهذا بدأ طبيب نفسى سنة ١٩٥٠ محاوله لتوظيفها للعلاج النفسى (٦). وذلك بأن كان يسأل طالب العلاج أولا أن يعرف أن اضطرابه يرجع الى مبالغته الانفعالية فى الاستجابة للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب. ثم يطلب من المريض بعد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتى بأن الخطر - لو كان هناك خطر - لن يؤدى الى نهايتنا. وفى رأى الطبيب هذا أن مبالغاتنا فى الاستجابة للبيئة تكون اما ناتجة عن تصور أن موقفا خارجيا أو شخصا قد أخطأ فينا وأساء الينا ، وأما عن تصور باننا أخطأنا فى حق شخص اخر.. وكلا الصورتين خاطئ من الوجهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أى منها.

ويكتب برتراند راسل فى سنة ١٩٣٠ كتابا عن الطريق الى السعادة (٧). يعرض فيه بعض الافكار التى أسهمت فى حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر « راسل » أن الانسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء اذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شئ معين - أن يتخيل أسوأ النتائج وأن يركز الذهن فيها وان يقنع نفسه بأن ليس فى هذا نهايته. كذلك يرى أن : « ... من أسلم الطرق لمواجهة أى نوع من الخوف أن تفكر فية بهدوء وبطريقة متعقلة ، ولكن بتركيز شديد الى ان يتحول الى شئ مألوف لديك. وفى النهاية فان الالفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف » .

وفى موقع اخر يقول راسل :

« دائما ما يتحول الرأى العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيته منه ، أما هؤلاء الذين لا يكترثون به فنادرا ما يتحول الرأى العام ضدهم » .

ومن الواضح أن « راسل » فى هذا يتبنى فلسفة للسعادة الانسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك ، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه ايضا حياة وجدانية هادئة خالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضا من مبادئ تعديل السلوك الذهنى تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانيا : ومن ناحية أخرى هناك من التطبيلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسى ما يضيف تأييدا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك فى حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير فى العوامل الفكرية وفى الاساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين

المحدثين (٨) بأن كثيراً من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعي أو دون وعي - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبا الى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. ويلاحظ مثلا « كانفر Kanfer » من الينوى Illinois بأن من بين الانماط الثلاثة الرئيسيه الحديثة فى العلاج يوجد نمطان على الاقل يكتسبان فاعليتهما فى التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهنى وفكرى. أما الانماط الثلاثة التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى الوقت الراهن وفى ضوء تحليلات « كانفر » فهى :

١- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على احداث التغير فى نفسه وفى بيئته ، وذلك كأساليب تأكيد الذات التى سبق الاشارة اليها . والمعالج بهذا المعنى ما هو الا محرض على التغيير وداعية لاتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة فى مواجهة الحياة الاجتماعية.

٢- نمط التشجيع فى القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.

٣- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التى سبق الاشارة اليها فى الفصل السابق. وفى هذه الانماط الثلاثة لا يوجد فى الحقيقة الا النمط الثالث الذى يمكن أن ينتمى الى نظرية « سكينر » ونظرية التعلم بالمعنى التقليدى. أما النمط الاول فيتضمن العمل على تدعيم التغير فى اتجاهات المريض مع اقناعه واغرائه بتغيير أنماطه الفكرية ، ومن ثم أساليبه فى التفاعل. ويتضمن النمط الثانى عوامل فكرية مماثلة اذ نعطى الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية ، مع

اعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ودون تخوف من النتائج. وفى كلا النمطين الاول والثانى يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضف الى هذا أن النجاح فى بعض مناهج العلاج السلوكى - كما أشرنا فى فصول الكتاب السابقة - قد يؤدى الى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية ماذا تجد فى هذا الاسلوب ؟ تجد فى الحقيقة معالجا نفسيا يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس ، تجد معالجا يعلم مرضاه ما الذى يجب أن يقولوه ، وكيف يقولونه فى مواقف الاحباط والتأزم. بل أن « ولبى » ، وهو المتشدد فى الاتجاه السلوكى يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث فى سلوك مرضاه بعد نجاحهم فى تأكيد الذات ، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية . من هذه التغيرات التى لاحظها أن المريض يبدأ فى ادراك مبالغاته الانفعالية فى تقدير الاشياء ، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشويها للواقع ، وبالتالى يبدأ المريض فى اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوبا سلوكيا اخر كأسلوب التطمين التدريجى ، ستلاحظ أيضا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هى :

١- التدريب على الاسترخاء العميق.

٢- تدريج الخوف والقلق.

٣- تخيل مواقف الخوف موقفا موقفا مع الاسترخاء.

وتبين حوث الحديثة أن التخيل وحده (وهو عامل ذهنى) دون كل المراحل ...رى هو العامل الضرورى فى ازالة الخوف ، أما الاسترخاء ، ووضع التدريجى، فهى تمثل أهمية أقل فى التعديل السلوكى.

ثم لاحظ ... نما عملية العلاج نفسها - هل يتم التغيير دون ارادة المريض؟ وهلى يمكن أن يشفى المريض ويخطط لنفسه أساليب جديدة فى التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهنى للشفاء ، والامل الايجابى فى نجاح أسلوب العلاج المستخدم ؟ بالطبع لا. بل أن هناك نظرية تحتل فى الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسى ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الاخرى تتوقف على توقعه للطرق التى ستحدث بها أشياء معينة (أنظر المرجع رقم (٨). بعبارة أخرى ، فان سلوك الفرد تحكمه الى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذى يتعرض لتجربة فشل فى عمل ، أو صداقه ، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن اذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلا لخسارته للعمل ، أو للشخص. واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الامل فى وجود بديل ناجح لخسارته. ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص اخر.

ثم اذا نظرت الى سلوك العصابى أو الذهانى فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعى وغير الواقعى أنما قد يكون ناتجا عن نقص فى المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة. فطالب الكلية الذى يأتى من قرية صغيرة والذى يرغب بشدة فى الحصول على التقبل الاجتماعى قد لا يكون خجولا ,

كنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعى (٩). ننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نسرف فى ممارسة ما هو اطئ .

ثالثا : سانتقل الان الى مجموعة ثالثة من الادلة على فاعلية العوامل الذهنية فى اثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وساطلق على هذه المجموعة من الادلة :

الادلة التجريبية ، لان بعضها ياتينا من معامل علماء النفس السلوكى نواتهم ، والبعض الاخر ياتينا من تجارب باحثين معاصرين ينتمون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما الشخصية وعلم النفس الاجتماعى .

لنتامل بعض النتائج التجريبية التى جاءتنا من دراسات بافلوف - مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما اذا كان فى نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية. أن الكثيرين قد فهموا « بافلوف » خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصداقة ، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم ... الخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل « بافلوف » فى الحقيقة. فهناك جوانب مجهولة فى نظريته تجعل منه عبقريا بحق من حيث تنبهه لتعقد السلوك الانسانى وبالتالى تعدد الشروط الموجهه لهذا السلوك. ففى عدد من التجارب أمكنه أن يحدث فى حيواناته حالة من الاضطراب النفسى الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر، وأطلق عليها أسم العصاب التجريبى. وفى تحليله لهذا العصاب التجريبى لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوقعى أو

المرضى يحدث بسبب عوامل منها :

١- استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر ، أو صوت عنيف حاد).

٢- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطى (الضوء المبهر أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوريا وأحيانا يتأخر لفترات طويلة) .

٣- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلا ظهور درجات من الضوء الاخضر ، تدل أحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها لان الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة) .

٤- التغيير المستمر وابدال المنبهات الشرطية الايجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الاحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفى بعض المرات تصحبه صدمة كهربية).

٥- التوتر البدنى الشديد أثناء عملية التشريط .

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا الا أن « بافلوف » لاحظ شيئين :

أ - أن حيواناته لاتستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا الى وضع نظريته عن الانماط المزاجية والتى بمقتضاها

حاول أن يفهم المرض النفسى عند الانسان. فلقد قسم الامزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة الى أربعة أنماط مماثلة للانماط التى وضعها أبقراط وهى النمط البلغمى ، والنمط الدموى والنمط السوداوى والنمط الصفراوى * وغنى عن الذكر أن فى هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالى الفروق فى العمليات المعرفية وأساليب التفكير.

كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعيا للفروق بين الانسان والحيوان . فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية ، فان من المنطقى أيضا أن يختلف الانسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسى بين الانسان والحيوان يكمن فى قدرة الانسان على استخدام اللغة والرموز ، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الاشارى الثانوى الذى يمكن الانسان من استخدام الكلمات واللغة كبديل للاصوات والمرئيات الفعلية التى هى من خصائص الجهاز الاشارى الاولى. وفى هذا الصدد يتنبه " بافلوف " من جديد الى وجود فروق فردية بين افراد بنى البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشارى الاولى ويسميهم بافلوف بالنمط الفنى ، أى الذين يهتمون بالرؤى المباشرة ، والاصوات ، والبعض الاخر ينشط

* الشخص البلغمى هو الشخص الذى يتصرف طبقا للأصول وذو مزاج سعيد ، ومزاجه السعيد قد يعوض قصور ثقته وحكمته . وهو متعقل فى تعامله مع الاخرين .. ولا يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبا ما يحقق أهدافه . أما الشخص الدموى فهو عديم المبالاه ، اجتماعى محب للهو ، ويضفى اهمية عظيمة على أى شئ يمارسه فى لحظة ممارسته له . أما السوداوى .. فهو عكس الدموى فلق ، يجد فى كل شئ مصدر للهم والاضطراب .. ويميل للشكوى والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا . أما الصفراوى فهو انسان عدوانى وسريع الانفعال ، ومحب للثناء والمظاهر والابهة .

لديهم الجهاز الاشارى الثانوى ويسميهم بافلوف بأصحاب النمط الفكرى .. وهؤلاء تزداد مهاراتهم فى استخدام اللغه والرموز . واذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الاشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير ، واستخدامهم للرؤى والاصوات المباشرة (١٠) .

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجى الروسى ممن لحقوا بـ (بافلوف) لاثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة. فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم (١١) أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الاشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالالم (مثل كلمة ألم ، أو أنين ، أو أذى) تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التى تعبر عنها هذه الكلمات.

وقد اتخذ عالمان امريكيان (١٢) من النظرية الروسية منطلقا لتكوين نظرية فى العلاج النفسى تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا . فمن رأى « دولارد » ، « ميلر » - صاحبا هذه النظرية - أن قدرة الانسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزى تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره اياها أو على الرموز التى تحملها له. ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن ادراكها على أنها استجابة للطريقة التى يدرك بها الشخص موقفا معينا وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الموقف ذاته.

وساكتفى بذكر عدد قليل من التجارب التى تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا فى اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور, أو القلق ، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما ، أو مواجهته لموقف معين ،

أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لاحد المجريين (١٣) أن ينجح فى التأثير فى الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التى طلب من الفرد أن يرددها أثنا اندماجه فى نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل : (اننى سعيد وفخور بنفسى) ، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابى أو حزين (ان حياتى مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة فى الجهاز العصبى تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا ، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواع هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت فى دراسة تجريبية (١٤) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة ، أو ضارة فى موقف معين.

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحى تبين أن الممثل تنتابه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التى يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح .. فهو يغضب غاضبا حقيقا ، ويحنق ، ويفرح بحسب اتجاه الحوار ، أو المونولوج الداخلى الذى يردده على خشبة المسرح .

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الاقليات يتضاءل اذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففى دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم اذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج فى بناء الحضارة الانسانية . وتاريخهم ومساهماتهم فى التطور الاجتماعى(١٥).

وتحصل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وافكار لا منطقية نحو هذه النشاطات - فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له ، ويبالغ في ادراكهما في أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

وكذلك تبين أن بعض الافراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الاخرين ، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل ومثل هذا النوع من الاشخاص غالبا ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الاخرون فيه ، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور(١٦) أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها :

١- التطرف في الاحكام : فالاشياء أما بيضاء اوسوداء. أي أن الشخص القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد - وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق ، لانه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابات العصابية .

٢- كذلك يميل العصابيون الى التصلب ، أي مواجهه المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية ، والجمود العقائدي ، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

وهم يميلون للاعتماد على الاقوياء ، ونماذج السلطة ، وأحكام التقاليد، مما يحولهم الى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها انساق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض ، حتى يتيسر التغيير في سلوكه المضطرب .

ومن البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. انتهى عدد من هذه البحوث الى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام ، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات ، والدخول في علاقات اجتماعية ، اذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة في التفكير.

أضف الى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الانسانية. فمن المسلمات الرئيسية في هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية (التي تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية

وصادقة) غالبا ما تؤازر ظهور التكامل ، والتوافق والابداع ، والدافع لمواصلة الجهد في العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو لا تعتمد على وجود أدلة واقعية) فغالبا ما تؤدي الى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها.

لهذا فعندما يتغير البناء الاساسي لقيم الفرد يتغير أيضا وجدانه وأسلوبه في التوافق الفعال* .

نكتفي بهذا القدر من البراهين وننتقل الان الى مناهج العلاج التي تعتمد على التعديل من طرق التفكير ، ثم أساليب ذلك.

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي ، فاننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهجا في التعديل المعرفي يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

والفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى ـ فيما ذكرنا ـ أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

* من أمثلة القيم اللامنطقية التي يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية ثروة أو سلطة .. أو تقاليد تمنع السعادة والنجاح .... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على ادراك واقعي لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الانجاز والابداع والقيم الجمالية.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض. بعبارة أخرى فانني لا أستطيع القول بأن الانسان منفعل فحسب ، لان الانسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة ، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة – مثلا – تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي أفكر فيه .. فضلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه خارجي ، فان التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير اذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية) ، والموقف الذي يسببها.

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة ، بل انه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وان بدت مظاهره متنوعه ، فانها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن – نظريا – ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. اذا كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف ، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين ، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلا ضبط المظهر السلوكي للانفعال. كضبط الخوف واستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات ،

أوالعقاقير المهدئة. وما تكررناه في الفصول السابقة حتى الان يعتبر نموذجا - أونماذج - لضبط الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات .

لكن من الممكن ايضا ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كمعالج ، أو أخصائي نفسي ، أو صديق - الخ) وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير الى تغيير في حالتي الانفعالية.

بعبارة أخرى ، فان التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بان تغيير الانفعال وحده يؤدي الى تغيير التفكير ، أو أن تغيير التفكير يؤدي الى التغيير في الانفعال ، لان تغيير التفكير يؤدي الى التغيير في الانفعالات والعكس أيضا صحيح. أن جانبا كبيرا من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين :

« ... لاتزيد عن كونها انماطا فكرية متحيزه ، أو متعصبة ، أو تقوم على التعميم الشديد - ان التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية ، بل أنهما في كثير من الاحيان يصبحان شيئا واحدا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شئ معين الصبغه الانفعالية التي ستبرز » .

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي

أن يعرض نفسة لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الاساليب التي تمكنه من تعديل السلوك ، والانفعال ، وطرق التفكير على السواء. والمعالج المعرفي السلوكي يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكي التقليدي أو التحليل النفسي الى الاطلاع والابتكار في ميادين بحث تغيير الاتجاهات والانماط الفكرية والمعتقدات ، ما أمكنه ذلك.

الاساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة :

اذا افترضنا – فيما يرى البرت اليس Ellis- من نيويورك (٢١) أن حادثة معينة ونرمز لها بـ : أ (وفاة قريب ، طلاق ، فشل في امتحان ، اهانة من شخص غريب ، الفصل من العمل) قد اثارت استجابة انفعالية نرمز لها بالحرف (ت) (حزن - قلق - أو سرور - الخ) فان حدوث الحادثة (أ) ولو انه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة. ذلك لان الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة ادراكي وتفكيري في هذه الحادثة ، وأساليب اعتقاداتي عنها .

أي ما يمكن أن نرمز له بالحرف (ب) أنها اذن ليست أ (الحادثة) التي أدت الى ت (الاستجابة الانفعالية) ، بل هي ب (طريقة ادراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسئولة عن ابراز هذه الاستجابة.

لهذا فان شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد في تحقيق هدف معين ، أو خسارة شخص عزيز (أ) ، لم ينشأ الا نتيجة لما

أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) تصورى مثلا بأن الفشل شئ فظيع وغير محتمل ويثبت بأننى انسان ضئيل الاهمية أو غبى أو وحيد .. الخ)

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فازاء الفشل أو الخسارة فى المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع ايجابى، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به الى هذا الفشل، وان يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيدا من النجاح. هنا أيضا تحكم الاستجابة الانفعالية الايجابية – مثلها مثل انفعال الاكتئاب السابق – بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وصد فكره عليه - فقد يكون تفكيره ازاء الفشل بأنه : « شئ سئ حقيقة أن تكون الاشياء كما لانشتهى لها أن تكون، ولكن على أن احاول بكل جهدى تغيير الظروف التى أدت اليها بحيث تكون الاشياء مستقبلا مقبولة ومحتملة الى حد ما ».

اذن فوراء كل انفعال – ايجابى أو سلبى – بناء معرفى ومعتقدات سابقة لظهوره.

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (بعض السلوك جيد وبعضه سيء، وبعض الانفعالات ايجابى وبعضها سلبى)، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضا من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية منطقية فإن السلوك سيكون جيداً، والانفعال أيضا سيكون إيجابيا

عا لمزيد من النشاط والبناء، والعكس صحيح : اذا كانت طريقة ير لامقبولة ولامنطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على ة مرتفعة من الاضطراب.

لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من قدات :

اعتقادات منطقية ومتعقلة، ويصحبها فى الغالب حالات وجدانية ملائمة للمواقف، وتنتهى بالانسان الى مزيد من النضوج الانفعالى والخبرة والعمل البناء.

اعتقادات لامنطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فان توقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمتها الاساسية فى اة، وتحقيق السعادة والفاعلية والاجتماعية، والابداع، والايجابية. بر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لاتخدم توافقنا مع واقع كم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالى الشعور بالضآلة م الفعالية.

ويقودنا هذا الى ضرورة الالمام بأنواع الاساليب الفكرية والمعتقدات خاطئة التى تؤدى الى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة *

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسى والعقلى الى فئتين من العوامل هما :

١- عوامل متعلقة بمحتوى الافكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الافكار أو المعتقدات فاقصد به مجموع وجهات النظر والافكار التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الاخرين ، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسى والاضطراب الى عناصر من التفكير ، والتصورات الخاطئة ،والاتجاهات والقيم التى تسبب فيما يبدو الهزيمة ازاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسى – فى هذا المعنى – ان الانسان أى انسان يعتبر بشكل ما عالما (١٧) وهو لا يعنى بالطبع أن كل انسان يلبس معطفا أبيض ، أو يحمل شهادة ماجيستير أو دكتوراه ، لكنه يرى بأن كل فرد ، مثله فى ذلك مثل العلماء ، يتبنى ويعتنق عددا من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الاشياء والاخرين. ويطلق كيلى – صاحب هذا الرأى – فى مواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات : فيسميها أحيانا المعتقدات ، ويسميها أحيانا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

* عند الحديث عن معتقدات فكرية خاطئة لانقصد الاشارة الى الاخطاء بالمعنى المنطقى الذى يرد فى دراسات المنطق والفلسفة ، بل نقصد الجوانب الفكرية التى تسود لدى المضطربين والمرضى .

كن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته ء الفيلسوف أو العالم ، هو أن فلسفة الشخص العادى قد تكون ة ومتسقة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الاخرين ، وقد كذلك .

عندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فانه ينظر اليه ويتعامل ق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة ، بالسلام أو فى مناصبته العداء ، بالحب أو الكراهية ، بالقلق أو الهدوء ، أو الاحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات وقعاته عن الحياة والاخرين.

كان العصاب يعبر عن اضطراب فى المشاعر والانفعالات ، فانه يكون الا مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء فى محتوى الافكار ات الشخصية للعصابى ، أى ما نسميه بالافكار ووجهات النظر ية .

ذا كان الشخص العصابى أساسا انسانا يتصرف بطريقة أقل سع به امكانياته ، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه من قدرته – نظريا – على تحقيقها تحقيقا سليما ، فانه يترتب ك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة ، ولامنطقية ، وغير » (١٨) .

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية ، التى من اذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب

نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الاقل بانه سيتصرف بكفاءة أقل ، وسيواجه الامور باستجابات سلبية كالغضب ، أو الاكتئاب ، وسيهزم نفسه من جراء هذا ؟ .

فيما يلى بعض الافكار التى تبين أن الشخص اذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فأنها تؤدى به مباشرة الى أثارة الاضطراب والهزيمة *.

الفكرة الأولى

أفضل فى كل هذه الحالات الفكرة القائلة ان من الضرورى أن يكون الانسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل ، بدلا من التأكد على احترام الذات ، أو الحصول على التأييد لاهداف محددة (كالترقية فى العمل مثلا) ، أو تقييم الحب بدلا من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة أن بعض تصرفات الناس خاطئة اوشريرة ، أو مجرمة ، وانه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا ، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الانسانية غير ملائمة أو لاجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء ، أو جهلة ، أو مضطربون انفعاليا.

* تجدر الإشارة هنا إلى أن البرت إليس (١٨) يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية فى حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية .

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة أنها كارثة أو مأساة عندما لاتسير الاشياء كما لا نشتهى لها أن تكون ، أو عندما لاتصح الأشياء كما نتوقع لها ، بدلا من الفكرة أن من السيئ أن تكون الاشياء كما لانشتهى لها أن تكون ، وان علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الاشياء مقبولة الى حد ما . لكن اذا كان تغير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا ، فان من الافضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الاشياء وان يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة.

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة ان شقاءنا وتعاستنا وعدم احساسنا بالسعادة نتاج أشياء خارجية عنا : ظروف أو حظ أو أشخاص اخرين أو مكان معين ، بدلا من الفكرة ان جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا.

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شئ طبيعى أن يشعر الانسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة ، بدلا من الفكرة أننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التى تترتب عليها . فاذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للانسان أن يهتم بأشياء أخرى ، ويتوقف عن تصور أن هذا الشئ خطير أو مخيف .

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة ان من السهل والاحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومؤولياتها بالتجنب والانسحاب ، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدى على المدى الطويل الى آثار سيئة ، وانه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها .

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الانسان يحتاج لشئ ، أو لشخص اخر اقوى وأعظم خبرة لكى يسانده على تحقيق أهدافه فى النجاح ، بدلا من الفكرة أن من الاحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وان نقف على قدمنا وأن نستمد ايماننا من انفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها .

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة ان الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء فى كل الجوانب الممكنة ، بدلا من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الانسان متمكنا من شئ ما يتقنه ويستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة اننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة فى تربيتنا فى الماضى وان الماضى قدر لايمكن تجنبه ، بدلا من الفكرة اننا أصحاب مسئولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضى يمكن تجنب آثاره السيئة اذا ما عد لنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية .

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة أن من الواجب أن يشعر الانسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الاخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة ، بدلا من الفكرة أن الانسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الاخرين ، لانه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبا أو مهزوما مثلهم.

الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة ان السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول اليها دون جهد ، بدلا من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

الفكرة الثانية عشر

الفكرة القائلة ان هناك مصدرا واحد للسعادة وانها لكارثة اذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الانسان يستطيع أن يحقق

سعادته من مصادر مختلفة ، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى اذا ما تطلب الأمر ذلك .

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار باثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحييدها من خلال المحاورة، والمثال الآتى يوضح جزءا من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه :

المريض : أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبوننى كما كانوا من قبل.

المعالج : تشعر بالضيق لان زملاءك لايحبونك ؟

المريض : نعم هذا صحيح. أليس شيئا طبيعيا أن نشعر بالتعاسة عندما نفقد حب الناس يوما بعد يوم ؟

المعالج : لا ـ انك لم تكن متضايقا لهذا السبب.

المريض : لم أكن ؟ ماذا تعنى ؟ ولكن هذا ما حدث.

المعالج : لا ، انني أصر. انك تظن بأنك كنت تعيسا لهذا السبب" ليس أكثر من ظن. بينما الامر ليس كذلك .

المريض : فلماذا كنت قرفانا وضيقا اذن ان لم يكن لهذا السبب ؟

المعالج : ان الامر بسيط – بساطة الحروف الهجائية ـ ف (أ) – فيم أ... فى حالتك – هى الحادثة التى أدت الى عدم حب زملائك لك أ...

نفورهم منك ، دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدا ، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق .

المريض : أؤكد لك أنهم يكرهوننى. ان الامر واضح بالنسبة لى وضوح الشمس .

المعالج : دعنى أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك ، وان عدم حبهم لك هو « أ ». والآن فان « ت » وهى استجابتك بالتعاسة والضيق هو ما حدث نتيجة لهذا .

المريض : هذا صحيح .. انى أتفق معك على هذا تماما .

المعالج : جميل اذن فـ «أ» هو موقف عدم حب الاخرين لك ، و«ت» هى شعورك بالتعاسة. انك ترى «أ» ثم تشعر «ت» ولهذا تفترض أن «أ» عدم حبهم لك هو السبب فى «ت» وهو أكتئابك وشعورك بالتعاسة. لكن «أ» ليست السبب فى الحقيقة .

المريض : ليست السبب ؟ فما هو السبب اذن ؟.

المعالج : انها «ب» وليست «أ» .

المريض: وما هى «ب» ؟.

المعالج : « ب » هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت فى الاجتماع مع هؤلاء الزملاء.

المريض : ما كنت اقوله لنفسى ؟ لم أكن أقول لنفسى شيئا آنذاك .

المعالج : لا لقد فعلت. لقد كنت تقول لنفسك شيئا ما بكل تأكيد .. والا كنت شعرت بما شعرت به. ولو أن الامر كان سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر، ولم يحدث شئ يسبب الاذى الفعلى. اذن فمن الواضح ان، هناك شيئا كنت تقوله لنفسك وهو الذى أدى الى آثارة شعورك بالاكتئاب.

المريض : ولكنى أقول لك صادقا وبكل أمانة بأننى لم أقل شيئا.

المعالج : لقد قلت. دعنا نعود الى اللحظة التى حدث فيها هذا الموقف، تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك ؟.

المريض : لقد ..

المعالج : هه.

المريض : (بعد لحظة تفكير وتأمل) أعتقد أننى فعلا كنت أقول لنفسى شيئا ربما كنت أقول لنفسى شيئا من هذا القبيل : أنهمك لا يحبوننى. وان الكراهية تظهر فى عيونهم .. انه لشئ بشع لماذا يفعلون ذلك - وكيف يجرؤون على ذلك معى أنا الذى أفتح قلبى وأمنح وقتى لهم .

المعالج : بالضبط .. وهذا الذى كنت تقوله لنفسك هو «ب». هى «ب» دائما أو ما تقوله لنفسك هو الذى يثير مشاعرك بالشكل الذى وصفته من قبل. الا بالطبع فى بعض الحالات المادية عندما يقع مثلا شئ

مادى أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شئ من هذا القبيل يؤدى الى أذى حقيقى. ولكن عدا ذلك من حوادث : كلمة من شخص، ايماءة، أو اتجاه، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة دائما هو أنت. فاذا تركت هذه الكلمة أو الايماء أو شعور الاخرين نحوك يسبب الاذى أو التعاسة فانك تكتئب لانك سمحت بذلك، أى لانك تقول لنفسك مثلا أن هذا شئ فظيع وبشع ومأساوى، وهذا هو ما أعنيه ب : « ب ».

المريض : وماذا أفعل أذن ؟.

المعالج : سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. اريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات سواء كانت رسمية أو غير رسمية. ان لم تكن توجد اجتماعات : اخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول فى هذه المرة بدلا من ان تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك انسان خطير الشأن - بدلا من هذا أريدك أن تقوم بشئ بسيط .

المريض : وما هو ؟.

المعالج : أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو اهمالهم لك. لاحظ حديثك .... الصامت والعبارات الداخلية التى تفسر بها استجاباتهم لك أو اهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك ؟

المريض : لا أعتقد أن هذا شئ عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسي وحواري الصامت معها عندما الاحظ كراهية الاخرين.

المعالج : نعم ، هذا هو كل ما نريده في الوقت الحالي . في الجلسة التالية دار هذا الحوار :

المعالج : هل فعلت ما أتفقنا عليه ؟

المريض : نعم. لقد كان شئ يدعو للهزيمة .. كل ما كنت أقوله لنفسي هو عبارات من الرثاء الذاتي .. لا شئ أكثر من الرثاء لحالي.

المعالج : بالضبط رثاؤك لذاتك ، ولاشئ أكثر من هذا، لاغريب اذن أن تكون تعيسا ومكتئبا بهذا القدر. دعنا الان نرى ما اذا كان يمكن أن نغير من ذلك ، وأن نبدل من سلوكك الذهني الذي يسبب هزيمتك. لنرى كيف أنك يمكن أن تنتشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة (١٩) .

وسنرى فيما بعد الاساليب التي يمكن استخدامها للاستعاضة عن الافكار اللامنطقية بأفكار اخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهني بشكل عام. أما الان فيبقى أن نشير الى الاساليب الاعتقادية والذهنية العامة التي تساهم بدورها في أحداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير

الخاطئ غير الفعال

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء في الفهم تفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية ، من

الغة :

وتتمثل في الميل للمبالغة في ادراك الاشياء ، أو الخبرات الواقعية ، ضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها . ومن الثابت أن الغة في ادراك نتائج الاشياء يميز الاشخاص المصابين بالذات بالقلق. كير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائما يتوقع الشر لنفسه ، ولاسرته ، لممتلكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والاشخاص همين في حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القلق يبالغ في ور خبرات (قد تكون محايدة) في علاقاته بأصدقائه ، أو أقاربه ، أو ؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الاشياء الخاطئة لانها تثير القلق والجزع ، فالعكس غير صحيح ، أي أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضا نتائج انفعالية سلوكية مماثلة. فالتقليل من المخاطر الفعلية

غالبا ما يؤدى الى الانفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدى الى تخفيض الدافع الى مواصلة الجهد والانجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الادراك الموضوعى للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهبى الذى يمنح الانسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم :

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعدى أعداء التفكير البشرى المنطقى ويكتب :

« ان البعد عن المطلقات يعتبر – فى نظرى – من الاشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقى ».

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن :

« اليقين كثيرا ما يكون مضللا - واننا لنلاحظ فى تجربتنا العادية أن أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلا » (٢٠).

وفى مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء الى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة فى كثير من الامراض الاجتماعية كالتعصب القومى، والتعصب الدولى والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التى ننسبها لجماعة معينة لكى نبرر تعصبنا نحوها قد يكون فى الحقيقة تعميما خاطئا لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أ

جد كثيرا من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر غالبا ما يرددون : لاثق فى المرأة. والعكس صحيح ، فكثير من النساء ددن « الرجال جميعا سواء ». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور هور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الانماط المرضية ، خاصة كتئاب والفصام.

فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا. وجيه نقد غير مقصود له قد يعنى عنده : « أنى انسان فاشل لا يحسن فكير »، وفشله فى تحقيق هدف ولو جزئى قد يعنى لديه « اننى انسان جز عن تحقيق آمالى فى الحياة ». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى « نى بدأت أخسر كل أصدقائى ». واذا حدث وان رئيسه أو زميلا من لائه قد نسى أن يبادله التحية فاذن « اننى انسان مكروه وغير مرغوب يه » وكثير من الاشخاص الفصاميين خاصة الذين تتملكهم هواجس ظمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الاسلوب المشوه من التفكير فقد نك الشخص فى هذه الحالات بأن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه ى فى الصباح الباكر شخصا يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر الى خل حجرته.

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية. وقد لاحظنا من قبل فى حالة الطفل « ألبرت » أن خوفه ن الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء، فأصبح يخاف من الارانب الفئران والقطط وغيرها.

ولما كان المعالج النفسى المعرفى يقدر دور هذا العامل فى المساهمة فى اضطرابات البشر ، فان عليه ان يؤكد باستمرار لمريضه بانه لايوجد شئ أكيد تماما ، وانما قد يكون مرجحا بدرجة قليلة أو كبيرة .

الثنائية والتطرف :

يميل بعض الاشخاص لادراك الاشياء اما بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة ، صادقة أو خاطئة ، دون ان يدركوا أن الشئ الواحد الذى قد يبدو فى ظاهر الامر سيئا ، قد تكون فيه اشياء ايجابية ، أو يؤدى الى نتائج ايجابية . ويطلق الباحثون فى علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية . وقد اشرنا من قبل الى عدد من الدراسات التى قمنا بها في البيئة العربية. والتى بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب والتسلط والتوتر ، والقلق . وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب ، وبحوث عربية أخرى.

وفى ميدان العلاج النفسى يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة فى تفكير المضطربين. ولهذه الخاصية تأثير سيئ فى العلاقات الاجتماعية ،، كسوء التوافق بين الازواج . فاذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر الى هذا النوع من التصلب ، فان الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين.

وتمتلئ عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل « مطلقا » ، و« من المستحيل » ، و« دائما » ، و« بالمرة ». وقد نجد عبارات منتشرة فى

حالات سوء التوافق مثل :

– هذه المرأة لا تطاق بالمرة.

– زوجى لا يفكر الا فى نفسه.

– لا أرى على الاطلاق فائدة فيما اقوم به.

–حياتى لا يقبلها أحد.

– أحب أعمالى أن تكون كاملة وتامة.

– حياتى تفتقد بالمرة عنصر الحب.

– العالم الذى أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الاطلاق.

– لم أحاول اطلاقا أن أفعل أشياء لست متاكدا من نتائجها .

ولا شك ان حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء اذا ما كان يعتنق ازاء الاشياء التى تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له . وذلك كالطالب الذى يحزن لأنه حصل على جيد جدا عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياسا مطلقا لقيمته ومكانته. لذلك نجد أن كثيرا من النجاح فى العلاج النفسى يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المتطرفة .. الخ .

وفى تحليل الاضطرابات الوجدانية كالغضب ، والاكتئاب والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة فى آثارة هذه الاضطرابات . فعندما يقول الفرد لنفسه « اننى انسان فاشل بالمرة ولا نفع فى » ، قد

أساليب فعالة فى تعديل طرق التفكير اللاعقلانية

سوف نعرض باختصار فى الفقرات التالية بعض الاساليب الحديثة فى تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها فى الصفحات السابقة . وينبغى أن نعترف فى الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف امكانيات متعددة لتغيير السلوك ، وأدى الى استبصارات متعددة فى استخدام الاسلوب العلمى فى علاج الشخصية. فلقد أوضحنا فى الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم الى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ ، وسلسلة من المعتقدات التى تقود الى هزيمة الذات. لهذا فمن الضرورى أن يتبنى المعالج دورا ايجابيا قويا مع مريضه. وقد رأينا فى المثال الذى تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بايجابية فى تقديم التفسير لمريضه ، وفى القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الافكار الداخلية (اللامنطقية) التى كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقى بزملائه أو يتفاعل مع الاخرين.

ومن المسلمات فى نظريات العلاج المعرفى أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ لكننا ايضا نفكر بطريقة خاطئة لاننا لانعرف الطريقة الصحيحة من التفكير .

فجزء كبير اذن من وجهات نظرنا ، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم يعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحوا عقليا

وتربويا . ويؤكد « ألبرت اليس » كما أكد من قبله « أدلر » - أن العلاج يجب أن يتضمن عملية اعادة تربية ، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكى نبين له الجانب الخاطئ فى تفكيره ، مع دفعه مباشرة الى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها.

والدحض المستمر للافكار الخاطئة مع الاقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى . ولهذا فاننا باستمرارنا فى تبنيها لانكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب بل أننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها . وتبني بحوث علماء النفس الاجتماعى أن الاقناع من خلال الاساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدى الى تعديل واضح فى الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب. ولهذا تقوم فى الولايات المتحدة مجهودات شاملة فى كثير من المدارس على اعطاء معلومات عن الاقليات ذلك أن من المعروف أن من يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو اقلية ما يقل عدوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الاقلية ومن ثم فان التغير فى المعرفة غالبا ما ينعكس أثاره فى مجال الفعل والشعور. وشئ من هذا القبيل يحدث فى حالة الاضطرابات الفكرية ، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة ، أزدادت جاذبية تلك الافكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد فى الشخصية .

ومن المهم هنا أن نشير الى النتائج التى تثبت فاعلية الاقتناع والدحض فى تغير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس فى مجالات

اجتماعية مختلفة. بل ان قيمة بعض أساليب التأثير فى الرأى العام كالدعاية ، والاعلام والاحاديث الاذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج ، أو الاستاذ ، أو الموجه أو اى شخص اخر اقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الاشياء ، وأن يتبنى أفكار اكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فان من السهل لا ان تتبنى افكارا جديدة ونافعة فحسب ، بل ان فاعلية الانسان الاجتماعية تزداد ، وتتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة فى علاج طرق التفكير والمعتقدات ،وهى تعليم الاشخاص طرقا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية . فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل فى مقابلة تحديات التوافق فى المجتمع ، وفى استخدام امكانياتنا ، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا فتنمية القدرة على حل المشاكل ومعرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول للاهداف ، مع فهم دوافع الاخرين ، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، قد تساهم أيضا فى عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية .

لكن الاستبصار – كما لاحظنا آنفا – قد لا يؤدى الى تغيير مباشر فى السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدى تلقائيا الى التغير فى السلوك ، ما هو الا افتراض يصح فى بعض الحالات ويخطئ فى البعض

ير ، لهذا فمن الضرورى أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره يدة المنطقية حالما تحدث وذلك بدفعه وبتكليفه بواجبات منزلية Home W يسعى الشخص من خلالها الى ممارسة أفكاره المنطقية ا وفى مواقف حية. لهذا فقد يوصى المعالج مريضه – كما رأينا فى الشاب التى أشرنا لها آنفا – أن يقوم بتامل ما يقوله لنفسه فى موقف ين. وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية .. وأرغام ينا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغير فى وانب الفكرية ، والسلوكية ، والوجدانية على السواء – فالشخص الذى ف عن الاتصال الاجتماعى ، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع على د الدخول فى مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة د المتعمد لرأى زميل أو رئيس ، أو تعمد رفع الصوت فى المناقشات ، أو خول الى الاماكن العامة ، كمحلات البيع ، مع المجادلة مع الباعة عن من ونوع البضاعة ... الخ .

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الافكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الاهداف نفسها بالنسبة للشخص. فالشخص الذى يعتقد أن من الضرورى أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية السيطرة والتحكم فى الامور قد يدخل نتيجة لهذا فى صراعات اجتماعية ع حاجات الاخرين من الزملاء أو المرؤسين أو شركاء الحياة الزوجية ، أو

الابناء فى التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به فى ضروب من الاضطراب فى مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص الى أن أهدافه فى اثبات رجولته وقوته غير وقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعى التالى تعديلا ملحوظا. وفى مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للاخطاء فى القيم والافكار ينبغى النظر الى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الاخرين. فقد يؤدى الظهوربمظهر القوة والسلطة- مثلا - الى نتائج وارضاءات مباشرة من الناس ، الا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذى يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لايجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير فى البيئة الاجتماعية لاحداث التغير فى الشخصية. فهويعرف أن بعض اخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لاحباطات خارجية أوفشل سابق (التقدم لعدد من الاعمال دون الحصول عليها قد يؤدى الى تشكل أفكار خاطئة عن الذات مثل « اننى انسان فاشل » أو « ضئيل الاهمية » ، والفشل السابق مع أفراد الجنس الاخر قد يؤدى الىأفكار خاطئة بأننا نفتقد الجاذبية .. الخ) . لهذا من المهم أن نستخدم التغيير فى البيئة الاجتماعية استخداما كبيرا لاحداث التغير فى الشخصية ، وتعتبر الواجبات المنزلية التى أشرنا لها أنفا طريقة لذلك. اضف الى هذا أن المعالجين قد ينصحوا بتغيير اتجاهات الاخرين

ن يعيشون مع الشخص أو يحتكوا بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل ركاء فى الحياة الزوجية أو الأباء أو الاخرين أو الجماعة التى يعيش ـها . وقد أشرنا سابقا الى أن تغيير طريقة الملبس، وتغيير الوضع تماعى ، تؤدى الى تغيير فى توقعات الافراد عنا وبالتالى تغير سلوكنا. الحالات التى أشرنا اليها حالة الفتاة التى كانت تظن أنها باهتة خصية ، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة ابية والحيوية استطاعت ان تكون أسلوبا سهلا فى التعامل ، كما طاعت أن تغير افكارها عن نفسها وأن تتبنى افكارا أكثر ايجابية (٢٤).

ومن الاساليب الاخرى التى يلجأ اليها المعالجون لتغيير أفكارنا نطقية عن أنفسنا وعن الاخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذى رنا اليه فى الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن سان لايمكن أن يكون قلقا ومطمئنا فى وقت واحد أو مبتهجا ومكتئبا نفس الان. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من مأنينة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا ـا بالنسبة للافكار. فالانسان لايكون منطقيا ولا منطقيا فى نفس ت ، ولايتبنى فكرة سلبية وايجابية عن نفسه أو عن الاخرين فى نفس أن عندما يواجه مشكلة ما . لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره اخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية. من الممكن مثلا أن بط أداءه لعمل مابتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على واجب ثقيل ، وتعتبر هذه الطريقة فعالة فى احداث التعديل السلوكى

المطلوب ، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بادراكها – فى مواقف التهديد – على أنها اقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب اخر يساعد على احداث تغيرات فكرية وسلوكية ايجابية ، يتمثل فى لعب الادوار. فاذا تأتى لاحد الاشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الاخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف ، فان هذا السلوك سيتحول الى خاصية دائمة فى شخصيته. فالشخص المتسلط ، الذى يدفعه تسلطه الى التصادم مع الاخرين ينجح فى أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم اذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطى ، ان يشاهد نتائج ايجابية ديمقراطية فى شكل حب الاخرين ، أو توددهم له مثلا . ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الادوار يرجع الى التغير فى معرفة الموقف الذى أدى اليه القيام بالدور. وقد تأتى لكاتب هذه السطور عند قيادة احدى جلسات العلاج الجماعى لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات حدثت فى اتجاه تقبل المرضى لاطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته فى مواقف مختلفة : كالتعامل مع مريض متهيج يحاول ايقاع الاذى بزميل اخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام ، أو استجاباته ازاء مشادة بين مريض وأحد العاملين. كما لاحظنا أن التغير الذى يحدث بعد أداء الادوار أفضل من التغير الذى يحدث اثر مناقشة عادية عن ابراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه ، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك .

ولهذا الاسلوب أهمية أيضا فى جوانب لا تتعلق بالعلاج ، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام . اذ كثيرا ما يبدأ الناس فى النظر الى حياتهم بشكل مختلف أثر الدخول فى دور مهنى جديد. فخبرة القيام بدور مهنى تعطى الشخص رؤية جديدة للدور وتدفعه الى تبنى مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور. وقد تبين فى إحدى الدراسات(٢٤) على فريقين من العمال المعينين فى مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذى عين فى وظائف اشرافية تبنى اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الادارة أما الاشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبنوا تجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الادارة. فالعمل طول اليوم فى وظائف العمال العاديين ، مثله فى ذلك مثل العمل الادارى ، يدفع بالضرورة الى تبنى اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور. وهذا صحيح أيضا فى حالات السلوك المرضى. فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور انسان عادى أو ناجح ، سيؤدى الى النظر الى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف.

وتنشأ فى حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى بالتنافر المعرفى أى عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شئ واحد بحيث أن كل فكرة منهما تولد أو تؤدى الى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الاخرى. فالشخص الذى تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادى أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم فى مجاله ، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار فى وطنه والابقاء على وظيفته التى قد يفقدها بسبب هذا السفر . هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذى ينطوى على أخطار للصحة النفسية. ومن الاشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا

(بأنه جذاب أو لبق مثلا) ، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازى أو متسلق) لاتتفق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضا يجد الشخص فى هذا التنافر عقبة قد تشله عن الحركة عندما يرغب فى التفاعل بالاخرين. وقد تبين للكاتب أن كثيرا من المبدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هى التى تسبب فيما يبدو جزءا كبيرا مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعد عن الناس والاختلاف ، لكن متطلبات عمله هذه تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره ، والاختلاط والتوافق والاغراق فى عادات اجتماعية تافهة(٢٥) .

ومن الممكن فى مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو آثاره. من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم احدى الفكرتين تدعيما ايجابياً بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الاخرى ، كأن يعترف الشخص مثلا بأن عمله قد يؤدى الى بعده عن الناس مؤقتا ولكنه هو مصدره الرئيسى للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الاخرين فى النهاية ، وكأن يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفى عليه قيمة أقل مما هو عليه. ففى حالة تعارض تصورى مع ذاتى عن تصور الاخرين ربما يكون من الافضل للصحة النفسية فى هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الاخرين السلبية له فيدركها على انها أقل اهمية وأضعف وزنا ، وبالتالى قد يزداد وزن الفكرة الاخرى وقيمتها وهى فى هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة .. الخ ومن المهم أن نشير من جديد الى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب

اجتماعية خارجة عنا ». فالمجتمع الذى لا يركز على الابداع
ة انسانية مثلا يؤدى مباشرة الى اثارة الشك والقلق لدى الشباب
ن تربطهم بالعمل الفكرى والابداعى بعض الصلات. فى هذه الحالات
لضرورى أن نشير الى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج
جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساو لجهد المعالج السلوكى – حيث
ى الحل الواضح لمثل هذه الانواع من التنافر فى ضرورة تغير التصورات
تماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة
سية .

خطوات و مراحل التعديل المعرفى

وللقيام بعملية تعديل سلوكى للأساليب الفكرية الخاطئة، انصح
تخدام الإستمارة المرفقة (شكل ١) والموضحة أيضا فى ملحق الفصل
ى تساعد على تشخيص .. وتحليل الأفكار اللاعقلانية وتتبعها. ولكى
ل علينا استخدام هذه الاستمارة .. يمكن اتباع المراحل الآتية :

حدد أولا فى المربع الأول « أ » الخبرة أو الموقف المباشر – الذى يرتبط حدوثه بالحالة الإنفعالية السيئة التى تشعر بها مثلا :

خير مثال على هذا يلاحظه عزت حجازى فى كتابه « الشباب العربى » من أن جزءا كبيرا من
صادر القلق يمكن العودة به الى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية . فمن مصادر قلق
شباب فيما يرى الاعتقاد الذى تدفعهم اليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع القيم
ليس مجرد " عيب " ولكنه من " الجرائم " وبالنظر الى الالحاح الشديد والحاجة الى الحب يعيش
شباب العربى أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية (٢٦) .

- رئيسى فى العمل لم يبادلنى تحية الصباح ربما متعمدا
- والداى يرفضان زواجى من شخص أحبه
- رسوب فى الامتحان .. أو فشل فى علاقة عاطفية

٢- سجل الاعتقادات العقلانية لهذا الموقف مثلا : (قد يكون رئيسى مشغولا عن تحيتى .. أو أنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين .. أو أن سلوكه هذا لا يعجبنى .. الخ) .

٣- ضع تفسيراتك الخاطئة .. واعتقاداتك اللاعقلانية نحو هذا الموقف .. حاول أن تتعقب الفكرة الخاطئة لتحديدها .. ربما من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات عند مواجهة مثل هذه المواقف .. قد تكون بالنسبة للمثال السابق .

- انه لم يبادلنى التحية .. انه يكرهنى أو أنه غاضب منى .
- ان عدم مبادلته التحية لى يدل على أن شيئا خطيرا يتم ضدى .
- اننى انسان مرفوض ومنبوذ « أو ثقيل » .
- هذا الإنسان الحقير المنحط كيف تسول له نفسه أن يفعل هذا؟
- انسان ما وشى بشىء خطير ... ومن ثم فهو يتجنبنى .

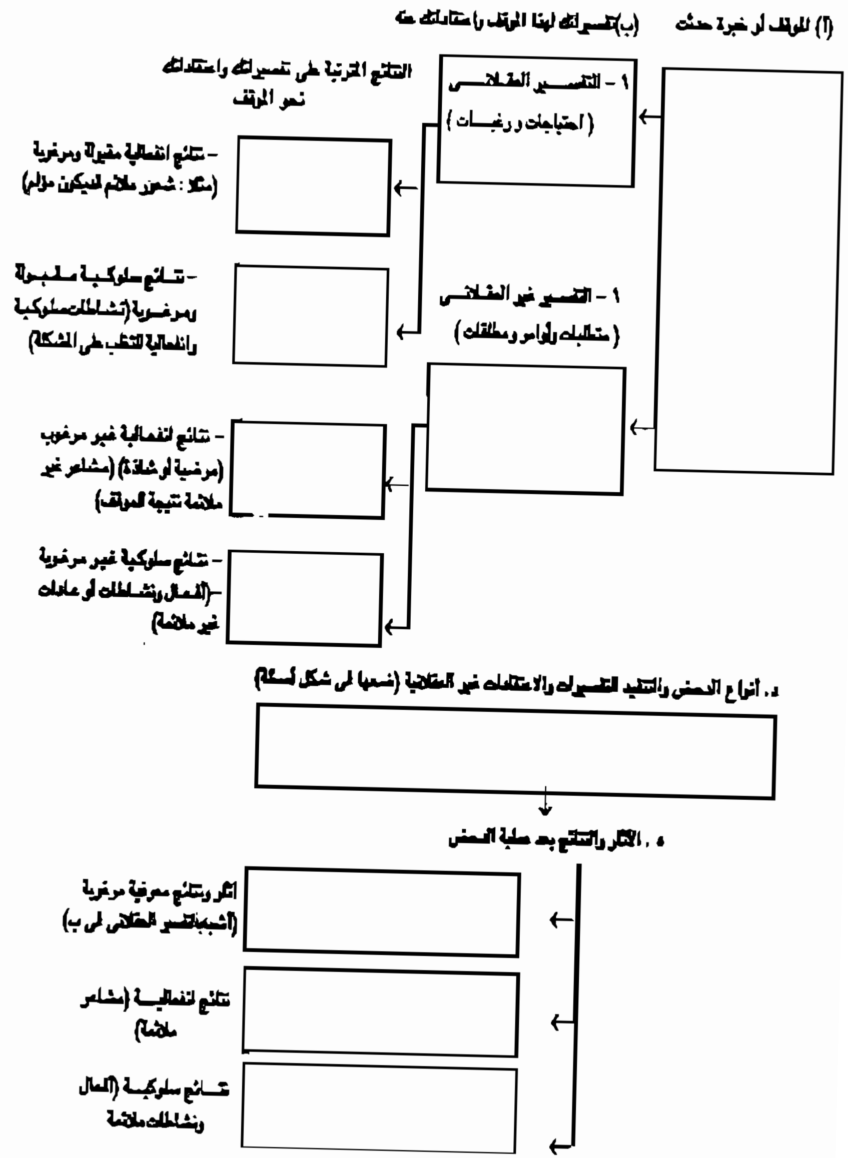
٤- حدد النتائج المترتبة على تلك المعتقدات بشقيها العقلى واللاعقلانى .
فقد تكون نتيجة لتفكيرك العقلانى انفعالات ملائمة سجلها فى

المستطيل الأول من المربع (ج) اننى أشعر بالأسف لهذا التصرف .... أو المحاولة الصادقة لتحسين صورتى وعملى أمام رئيسى ان كنت أعتقد أن تجاهله يتم عن قصد .

أما فى المستطيل الثانى من هذا الجزء، فسجل النتائج السلوكية التى تنتج عن تفسيرك العقلانى .. قد تكون مثلا: تجاهل الموقف إلى أن تستبين بعض الحقائق .. العمل على تحسين عملى وأدائى .... تحسين سبل الاتصال الإجتماعى بالآخرين .. الاسترخاء .

شكل ١

استمارة للعلاج السلوكي المعرفي



أما في المستطيلين الآخرين من هذا المربع .. فضع النتائج السلوكية الإنفعالية غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الإنفعالية لتفسيرك الخاطىء لسلوك رئيسك هذا الصباح: الشعور بالإكتئاب ، والمشغولية طوال اليوم (انني انسان من السهل تجاهله) ، أو الغضب الشديد على الرئيس (هذا الأحمق المغرور .. كيف يجروء على هذا التصرف؟)

أما النتائج السلوكية غير المرغوبة فقد تكون : العدوان أو اظهار الاحتقار للرئيس، أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، وتفكير في الاستقالة من العمل .

الآن .. وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة وآثارها العصابية على السلوك والانفعال .. يصبح الطريق ممهدا للقيام بعملية دحض وتفنيد للآراء الخاطئة والتفسيرات غير العقلانية بأن نضعها في شكل أسئلة في المستطيل (د). ويهدف الدحض إلى الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها في التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهدا لاستبداله بأفكار واقعية معقولة تلائم الموقف .

وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهي بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة (المستطيل الأول من هـ) ، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة (المربعين الآخرين من الشكل).

ولكى يزداد القارىء ثقة فى استخدام هذا المنهج ... وهذا الشكل نقدم له ثلاثة نماذج لمواقف شائعة ترتبط بمخاوف ومشكلات عصابية متعددة نتيجة للتفسيرات الخاطئة لها وهى :

الشكل ٢: ويمثل الموقف فيه والدان يعارضان الزواج من شخص يفضله المريض .

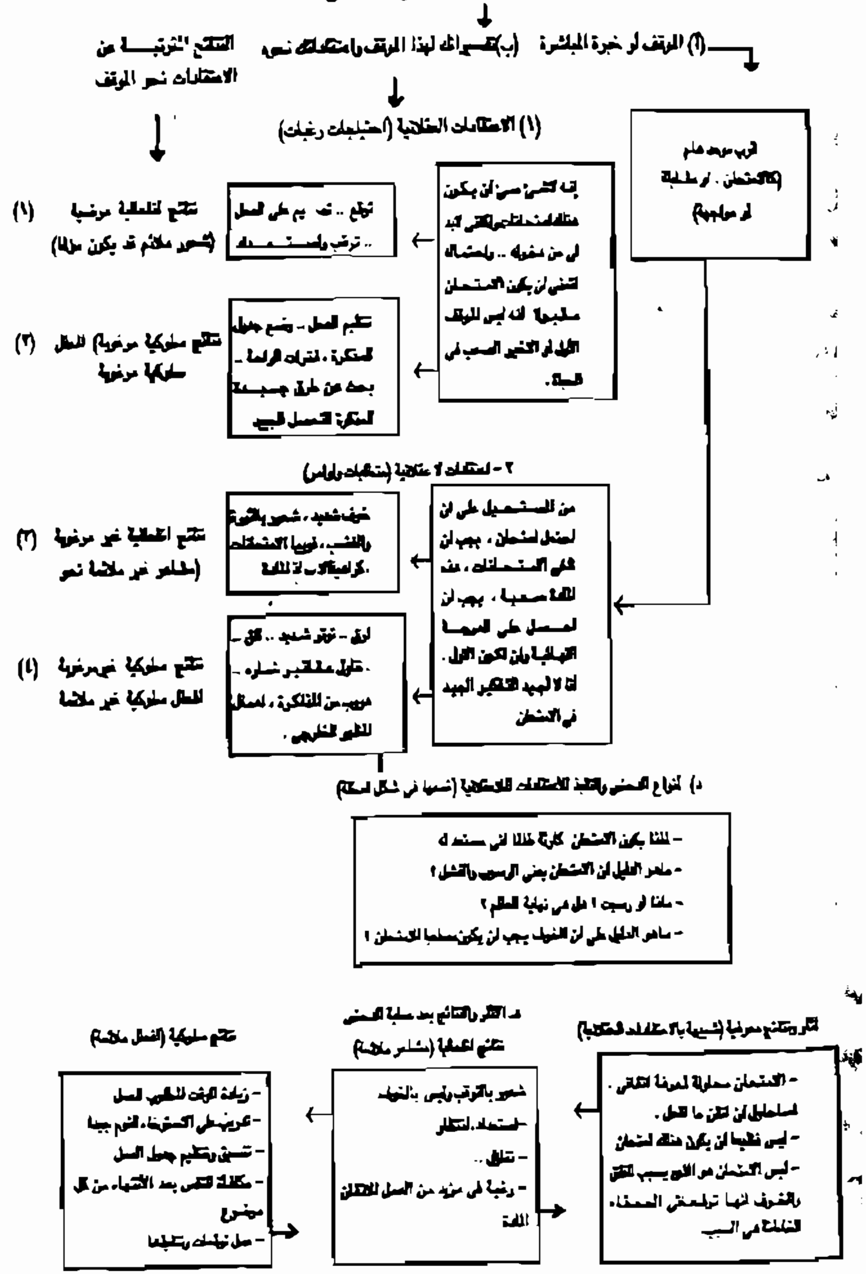
الاستمارة الثالثة شكل ٣: والموقف فيها يمثل خبرة سيئة وهى الرسوب والفشل .

هناك أشكالا متعددة من الأساليب الجديدة التى تجرب فى الوقت الحاضر بمعهدى العلاج المنطقى فى نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلا عن السلوك) فى حالات متعددة من الإضطرابات كالإكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسى، والقلق، فضلا عن تقديم النصح والإرشاد لنمو "العاديين" فى مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والإبداع .

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوى على إمكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا أن المبادىء والقوانين التى تحكم السلوك والشخصية، والإنسان فى تفاعله الإجتماعى تستخدم بأفق متسع ومتكامل فى هذا النوع من العلاج .

شكل ٢

إستمارة العلاج السلوكى المعرفى



شكل ٢

استمارة العلاج السلوكي المعرفي



الخلاصة

يعكف الباحثون فى العلاج النفسى وتعديل السلوك البشرى منذ سنة
على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة -
بيناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين- على اثارة الإضطراب النفسى
التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل
ف انفعالى بالغضب أو العدوان ، بالانسحاب أو الاندفاع ... الخ -
نمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها،
تصرفات الإنفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات .

ان أى شكل من أشكال الإضطراب يسبقه تفكير خاطىء فى الموقف،
فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسببة للإضطراب النفسى
أما على : (١) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها
خص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية
كال الإضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التى اذا ما تبنى
خص احداها أو بعضها، فان سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء
جعة إلى حد بعيد أو تكون على شكل : (٢) أساليب خاطئة من التفكير
الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل
م الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر
فكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول فى مواقف حية بتصورات مختلفة
وقعات معدلة. فضلا عن هذا، فان العمل على احداث تغيرات ايجابية فى
البيئة الإجتماعية يساعد على التغير الايجابى فى أفكارنا عن أنفسنا. وهناك
يضا، لعب الأدوار الذى يؤدى إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية

وتمكيننا من أدائها .. الخ ... ويطلق على هذا النوع من العلاج فى الوقت الحالى العلاج المعرفى - السلوكى .

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذى تحرزه أساليب العلاج المعرفى فى الوقت الراهن، فان طلاب العلاج والتغيير غالبا ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهنى مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكى المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات .. الخ .

لهذا فثمة هدف رئيسى ينبغى بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمه الخاصة وأن ينمى طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التى تحتاج منه احتياجا ملحا للتغيير. اما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسى فى هذا المجال .. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم .

استمارة تحليل ومتابعة علاجية

أ - سجل هنا حادثة أو موقف أو خبرة حصلت لك حديثا وكان من نتيجتها الشعور بالإضطراب والضيق الشديد (مثال الذهاب لمقابلة شخصية للعمل، زيارة ناس، امتحان ، تأنيب لك، شكوى ضدك، مشادة ... الخ) .

....

....

ب - فكرتك أو تصورك المنطقى أو العقلانى لهذا الموقف السابق (مثلا : سأكون سىء الحظ لو رفضت للعمل، من المؤسف أن يشكونى أحد، الامتحانات شر لابد منه ...) .

....

....

جـ - فكرتك أو تصورك غير العقلانى الذى استخدمته لتفسير هذا الموقف (مثلا : مركزى الأدبى سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشنى فى عملى، كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كمًّا مهملا لو فشلت فى شىء ، من واجبى أن أعرف كل شخص بحقيقته ، أريد أن أضمن أن لا يتحدث الناس عنى فى غيبتى، لا أسمح لأحد أن يعلو صوته على) .

....

....

....

....

د- النتيجة التى حدثت إثر تصورك غير العقلانى للموقف .. ركز على الإنفعال والشعور الذى غلب عليك ساعتها ... (مثلا : شعرت أننى ممتلىء غضبا ، شعرت بالخوف والقلق، شعرت أننى مهدم ومكتئب، شعرت أننى مهمل ومنبوذ) ...

____

____

هـ- الدحض الذى قمت به للفكرة غير العقلانية لكى تقلل من تأثيرها عليك (مثلا : أين الدليل على أن تجاهل شخص لى يعنى أننى تافه، ما الدليل أنه لا توجد وسائل أخرى غير الحنق والغضب لحل السخافات الإجتماعية، ما هو الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عيبا فينا وليست نتيجة عيوب فيهم)

____

____

و- التعديل الذى حدث فى الفكرة غير العقلانية نتيجة للدحض (مثلا : ليست كارثة ولكنها سوء حظ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشاكل، فشلى فى الامتحان لا يعنى أننى ساقط فى كل شىء، المشادات لا تعنى دائما أن كل الناس أشرار - الخ ...) .

____

____

…تعديل الذى حدث فى السلوك نتيجة للدحض (مثلا : شعرت باختفاء الخوف ، شعرت بالتعاطف مع الآخرين حاولت أن أعمل مزيداً من الاتصالات لحل المشكلة ، غضبى بدأ يختفى تدريجيا ... الخ)

....

....

…ا لم تكن قد حاولت دحض أفكارك غير العقلانية .. فلماذا لا ؟

....

....

…ا لم تكن قد عدلت من فكرتك اللامنطقية ... فلماذا لا ؟

....

....

…أشياء التى استخدمتها لعقاب نفسك نتيجة لاستمرار السلوك والأفكار غير المرغوبة :

....

....

…أشياء التى استخدمتها لمكافأة نفسك نتيجة للانجازات التى حققتها فى العلاج ؟

....

....

…المعتقدات والإنفعالات والتصرفات التى لازالت تحتاج للعلاج .

…قدات :

....

....

…الات :

....

....

…وك وتصرفات :

....

....

…- الواجبات المنزلية والنشاطات الخارجية التى ستستخدمها فى الفترة القادمة ؟

....

....

…- اضافات أخرى وملاحظات ؟

....

....

مراجــــع وتعليــــقات

1- Adler, A. (1927) ***The practicce and theory of individual psychology*** .New York : Harcourt.

2- Rokeach, M. (1960) ***The open and closed mind***. New York : Basic Books.

3- Kelly, G.A. (1955) ***The Psychology of Personal constructs***. New York : Norton.

4- Ellis, A.A. (1969) Cognitive approach to behavior therapy. ***International Jornal of Psychiatry***. 8, 896-899.

5- Kanfer, F.H. (1975) Self-management techniques. In F.H. Kanfer and A.D. Goldiamond (eds.) ***Helping people change***. New York : Pergamon.

٦- يعـود الفـضل للطبـيب النفـسى « أو » Low في اسـتخدامـه لمبادئ الفلسـفة الرواقيـة في العـلاج وذلك من خـلال منهجه في العلاج الذى أطلق عليه منهج تدريب الإرادة .

أنظر في ذلك كتابه :

Low. A. A.(1952). ***Mental health through will-training***. Boston : Christopher Publishing House.

٧- أنظر فى ذلك كتاب برتراند راسل :

Russell, B.(1930) ***The Conquestof happiness***. New York : The American Library.

٨ - أنظر : Kanfer, op. cit., 1975 عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكى،

ترجمة عطية هنا. الكويت : دار القلم ، ١٩٧٦ .

9- Pavlov, I. (1906) : The scientific investigation of the psychical fa-ties or processes in the higher animals. *Science*. 6 , 24, 613-61.

- كذلك أنظر كتاب "بافلوف" الرئيسى الذى يشير بين الحين والآخر إلى الفروق فى عمليات التعلم وما تؤدى له من فروق فردية فى الشخصيات الإنسانية :

Pavlov, I. (1927): ***Conditioned reflexs***. (Trans. by G. V. A rep.) London: Oxford Univ. Press,

يعود الفضل العالم الروسى "بلاتونوف" فى اثبات أن الاستجابات سيولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات عالية المصاحبة للألم الحقيقى. أنظر تلخيص تجاريه فى :

- Mahoney, M.J.(1974): ***Cognition and behavior*** modifi-tion. Cambridge, Mass. : Ballinger, .

12- Dollard J. & Miller, (1950): N.E. ***Personality and psyc therapy***. New York: McGraw, .

- المزيد من التجارب التى تبين أن الإنفعال يستثار فى اتجاهات مختلفة سب ما يقوله أو ما يردده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه أنظر :

- Meichenbaum D.(1973): Cognitive factors in behavior modifica-tion : Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) ***Annual Review of Behavior Therapy***. New York : Bruner/Mazel.

14 - Bandura, A. (1969): ***Principles of behovior modification.*** New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): ***The nature of prejudice.*** Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدى . *مجلة الصحة النفسية* ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٢ - عدد ٧ العدد السنوى ، ١٩٧٣

- عبد الستار ابراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية* - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar,(1976): Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology* , 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع *البحوث التى أنجزت من* ١٩٦٨، ١٩٧٣ : *حوليات كلية الآداب* - جامعة القاهرة، مجلد ٢١ ، ١٩٧٧

١٧- اعتمدنا فى وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلانى فى العلاج

النفسى، وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج فى هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة - غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة :

- Ellis, A.(1962): ***Reason and emotion in Psychotherapy.*** New York : Lyle Stuart,

- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): ***A new guide to rational livi***[ng]. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Ellis, A. (1977): ***Rational - emotive therapy. The Counsel***[ing] **Psychologist**, 7, 1, 2, 27.

١[٨]- أنظر مراجع « أليس » السابقة.

١[٩]- أنظر Ellis, op. cit., 1977

٢[٠]- فؤاد زكريا، التفكير العلمى ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T.(1967): *Depression : Causes and treatment.* Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

٢[٢]- المرجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): ***Coping with depression.*** Institute fo Rational Living,

٢٤- ميشيل أرجايل، *علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية*، ترجمة عبد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

14 - Bandura, A. (1969): ***Principles of behavior modification***. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): ***The nature of prejudice***. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدى . *مجلة الصحة النفسية* ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٣ - عدد ٧ العدد السنوى ، ١٩٧٣ .
- عبد الستار ابراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية* - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar,(1976): Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.
- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology* , 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع *البحوث التى أنجزت من* ١٩٦٨ ، ١٩٧٣ : *حوليات كلية الآداب* - جامعة القاهرة، مجلد ٣١ ، ١٩٧٧ .

١٧- اعتمدنا فى وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلانى فى العلاج

النفسى. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج فى هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة :

- Ellis, A.(1962): ***Reason and emotion in Psychotherapy***. N York : Lyle Stuart,
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): ***A new guide to rational li*** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ellis, A. (1977): ***Rational - emotive therapy. The Couns*** Psychologist, 7, 1, 2, 27.

أنظر مراجع « أليس » السابقة.

أنظر

Ellis, op. cit., 1977

فؤاد زكريا، التفكير العلمى ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T.(1967): ***Depression : Causes and treatment***. delphia : University of Pennsylvania Press.

المرجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): ***Coping with depression***. Institute fo tional Living,

- ميشيل أرجايل، *علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية*، ترجمة عبد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

٢٥- أنظر شرحا لنظرية التنافر بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية فى المرجعين الآتين :

- طلعت منصور، *التعلم الذاتى* – القاهرة الأنجلو ، ١٩٧٧.

- عبد الستار ابراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية* القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨ .

٢٦- عزت حجازى ، *الشباب العربى والمشكلات التى يواجهها* ، الكويت :عالم المعرفة ، يونيه ، ١٩٧٨ .

27 - Ellis, A. (1991) . ***The Revised ABC's Rational emotive Therapy. J. Of Rational - Emotive*** **and** ***Cagnitive - Behavior Therapy***, q, (3) 139 -172

28 - Zarb, J.M. (1992). ***Cagnitive - behavioral assessment and Therapy***. New Yark : Bruner / Mazel .

29 - Baucom, D. & Epstein, N. (1990) ***Cognitive - behavioral marital therapy***. New York : Bruner / Mazel .

30 - Maser, J.D. & Clonniger, C.R. (1989) . ***Co- morbidity in anxiety amd mood disordes*** . Washington, D.C. : American Psychiatric Piess .

31 - Beck, A.T.& Freeman, A .(1990) .*Cognitive - Therapy Of

personality disorder* . New York : The Guilford Press.

32 - Dimattia, D. (1993) .RET in the warkplace . ***Journal of Ratio[nal] - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy*** . 11 (1), 3 - 7

33 - Lang, A., & Grieger, R. (1993). Integrating RET into manageme[nt] consuiting and training . ***Journal of Rational - Emotive*** [&] ***Cagnitive Therapy***, 11 (1) 51 - 57

34 - Kirby, P. (1993). RET Counseling : Applications in Manageme[nt] aud Excecutive Development . ***Journal*** **Of Rational - Em[otive] & Cognitive - Behavior Therapy** .11 (1), 7 -19

الفصل التاسع

علاج دون معالج

الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

تمهيـــد :

أشرنا فى فصل سابق الى أن احساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس لطرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية ، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة لديهم التى تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعى سئ ، جعلتهم(أى المعالجين) يفكرون فى ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج الا فى حالات وأوقات قليلة .

وتناقش هذه الاساليب أحيانا على أنها طرق للعلاج الذاتى ، واحيانا أخرى توجيه ذاتى ، واحيانا ثالثة على انها أساليب للضبط الذاتى. غير انها تتفق جميعا- بالرغم من اختلاف المسميات – فى انها تستهدى بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام فى تطبيق مبادئ العلاج ذاتها . بعبارة اخرى فما قاله سقراط من قبل « اعرف نفسك » يتحول هنا ليصبح « عالج نفسك ». مستهديا بقوانين المعرفة العلمية .

ولفترة قريبة ، لم تكن اساليب الضبط الذاتى موضوعا لتفكير المعالجين النفسيين على الاطلاق. ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج الى مسرح العلاج النفسى السلوكى ، انما يعود الى حد كبير الى سيطرة

ج الطبى العضوى على حركة العلاج النفسى . فالعلاج النفسى ، فيما
نا فى مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصرا على الاطباء ،
زال الامر كذلك فى كثير من الدول. والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر
ـوية فى علاقته بمريضه : فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية فى
خيص المريض ، ووصفة للدواء والعلاج ، وما على المريض الا أن ينفذ
ليمات ويتعاطى الدواء ان كان يريد العلاج.

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على
لاج النفسى كما مثله فرويد. فالتحليل النفسى أيضا يقوم على نفس
ـوذج ، المريض والمعالج : المريض السلبى والمعالج الايجابى ، الذى
سر ويوجه . وفى هذا السياق قام البورت Allport - من هارفارد اذ ذاك
ى سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية فى علم النفس وأساليب العلاج
سى فوجد أن نسبة كبيرة من تصورات العلماء للانسان كانت تراه - أى
نسان على أنه يخضع بشكل سلبى لقوى خارجة عن ارادته، تماما كما
ل القطط والارانب فى تجارب المختبرات .

وقد شهدت الحقبة الاخيرة من النمو فى علم النفسى وأساليب
لاج النفسى ، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة مواقفهم من
فاهيم تعوق خطى نموهم . فبدأنا نشهد رفضا للتصورات السلبية
نسان ، وبدأ التاكيد على أن هناك حاجات فى داخل كل شخص تدفعة
ى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين
ذين يعرفون فى الوقت الحالى بأسم طائفة علماء النفس الانسانى Human
psychologist عندما أخذوا يعيبون تقسير نظريات العلاج النفسى بالتاكيد

قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتها من خلال قدرته على التعلم الذاتى
ليفه لقدراته وامكاناته (١) . ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة
ـالجين الانسانين ، وممن حاولوا الاستناد الى معطيات علم النفس
يث بوضع نظرية رئيسية فى العلاج النفسى تقوم على التوجيه
تى ، والممارسة الشخصية لتغير السلوك. وتعتبر نظريته أيضا من أوائل
ريات التى قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج ، فجعلتها
ب على المريض (أو العميل)* ، بحيث يكون المريض هو صاحب
الاساسى والفعال فى عملية العلاج وتغيير الشخصية ، ونمو هذا
يير. بل ان « روجرز » يرى أن دور المعالج النفسى لا يزيد عن خلق
ـا علاجية غير مباشرة ، وغير موجهة ، من شأنها أن تسير فهم الذات.
ـموذج النفسى السليم. وأكد « روجرز » أن نمو قدرات الانسان
ية ، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها فضلا عن قدراته على الاختيار
لشكلات ، أمور ليست ممكنة نظريا وعمليا فحسب ، بل أنها جزء من
ن الطبيعة ، وهدف يجب أن يعلو كل الاهداف فى العلاج النفسى
(٢).

وقد أعطت حركة علماء النفس الانسانى وتصورها للانسان - أعطت
وية للعلاج السلوكى الحديث فى اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه
من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها ، التى كانت فى شكلها التقليدى
مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية
على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية

* مع نظرة الانسانية لايستخدم " كارل روجرز " كلمة مريض بل يفضل بدلا منها كلمة عميل
. C

بالشكل الذى وجدناه بها عند « بافلوف » و« سكينر » ولعل هذا ما يعبر عنه « باندورا » Bandura رئيس جمعية علم النفس الامريكية السابق – بوضوح فى هذه العبارة :

« تمر النظرية السلوكية فى الوقت الحالى بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكى للانسان على أنه كائن يستجيب أساسا للتغيرات البيئية التى تشكل آليا افعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للانسان تبين أنه أكثر فاعلية وان تأثير البيئة لن تتم بشكل آلى. فالتغيرات التى كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل آلي ، يكون تأثيرها في الحقيقة محدودا ما لم يدعمها وعي الانسان بها :

ان السلوك يخلق – جزئيا – البيئة* بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وابراز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الانسان للشروط البيئية التي تحكمه ، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين .

ان من أهم الخصائص التي تميز الانسان انه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الانسان قوة رئيسية في توجيه ذاته (٣) .

* يشير بهذا الى أن تأثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التى يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التى أشرنا لها فى الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير .

لعل مغزى عبارة "باندورا" واضح للقارىء : ان حياة الانسان تتوجه يا وباغراض ، دون أن ينفى ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة روطها الخاصة ودون تعارض بينهما .

وعلى هذا فهدف هذا الفصل اذن هو تبسيط لبعض الاساليب أو نيكات التى ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهم على تطوير ذواتهم ، واجهتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولا ان نعرض للاساس رى لهذه الاساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكى الحديثة.

ى السلوكى الحديث فى مفهوم العلاج الذاتى :

لنفرض أن شخصا حاول جاهدا الاقلاع عن تدخين السجائر فانتهت ولاته للفشل . فكيف نفسر ذلك ؟

من التفسيرات المبكرة لذلك القول بأن هذا الشخص ليست لديه دة الكافية للاقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لاول وهلة . لكن رض أننا تساءلنا : وما هو الدليل على ضعف ارادته ؟ . حسنا ! الم ل أن يتبع خطة معينة لإيقاف التدخين ففشل ؟ من الواضح الآن أننا التفسير لم نفعل شيئا الا التحرك فى دائرة لاتنتهى بنا الى حقائق . فنحن نفسر فشله بوجود ارادة ضعيفة ونستدل على ضعف ارادته ه فى الإنقطاع عن التدخين.

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة ، الارادة ، وقوى التطور النفسى ـ الخ . أنها لاتضيف شيئا لمعرفتنا ، وى على خطأ منطقى كبير فى الاستنتاج فنحن نفسر الشئ بشئ اخر ر نفس الشئ الاول : « الفشل فى التدخين السجائر راجع لضعف

الارادة وضعف الارادة راجع للفشل فى التدخين السجائر .. الخ » .

وهناك خطران يمكن أن تؤدى اليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية . فمن ناحية لاتنتهى بنا لاسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية ، ومن ناحية أخرى قد يؤدى التفسير بقوة الارادة أو ضعفها على المستوى العلاجى الى فقدان حماس المريض وبالتالى فشل العلاج. فنحن عندما نبين له أن فشله راجع الى ضعف الارادة ، فقد يقتنع بأن فشلة يرجع لامر ليس بامكانه أن يغيره. فلم المحاولة ؟

ولعلى لاأبالغ ان قلت بأن كثيرا من فشل الناس - الذين التقى بهم بين الحين والاخر- فى تعديل سلوكهم وتوجيهه فى مسار سليم انما يرجع الى أنهم يضعون أنفسهم فى اسر تفسيرات من هذا القبيل ، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية ، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم ، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك ، الى غير ذلك من التفسيرات التى تدفع دفعا قويا للتقاعس واليأس وتقبل الاخطاء والعجز.

هل هناك تفسير أخر اذن يمكن أن يكون أكثر ايجابية ؟ أجل وهو التفسير الذى تتبناه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الاقلاع عن التدخين فى المثال السابق انما يرجع الى عدم معرفته بالشروط الملائمة للاقلاع عن التدخين ، وبالتالى فانه لم يضع نفسه فى الشروط أو فى المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التى يمكن أن تحول قراره الى التنفيذ العملى. بعبارة أخرى ، فان قدرة الشخص على التعديل الذاتى لافعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغيرها . وبهذا تزداد مهارة

ى فى تعديل سلوكه ، وتوجيه ذاته الوجهات التى يرغبها كلما أزدادت لى معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك ات التى يؤدى لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لاتزيد قدرة الشخص ديل من سلوكه ذاتيا عن كونها ببساطة : « اعرف المتغيرات التى تحكم افعالك ، وضع نفسك فيها » .

فان النجاح فى تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل منها يجب أن يتم فهمها فهما واضحا للعوامل المؤثرة فى تم التحكم فيها بطريقة تؤدى الى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما نر » الى استنتاج أن محددات الضبط الذاتى ونجاحه جزء من الضبط السلوكى بشكل عام :

لانسان قد يضبط سلوك انسان اخر باعداد شروط ملائمة لهذا وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتى بأن يضع نفسه فى شروط ساعده على هذا الضبط. وعلى هذا فان الضبط الذاتى يتحدد من شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التى تطور بها أى سلوك (١).

ن ناحية ثانية ، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط تسب من خلال عمليات تعلم اجتماعى ومهارة الشخص فى أن ه فى شروط بيئية وبيولوجية قادرة على احداث التغيرات المطلوبة

و يضبط سلوك انسان اخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعده على احكام قبضته مثل و الترغيب ، وخلق احتياجات فى الشخص الذى نرغب فى التحكم فيه، أو تدعيم استجابات وع .

أو التحكم فى البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول الى الصورة المطلوبة من حيث احداث التغير الإيجابى المرغوب .

نماذج من أساليب الضبط الذاتى

هدفنا الاساسى هنا - اذن - هو أن نبين أن عملية التغير العلاجى من خلال التوجه الذاتى أمر لايمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التى سبق وأن أفضنا فيها فى الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لاحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه ، وبتوجيه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيرا من الاساليب العلاجية الى عرضنا لها فى الفصول السابقة يمكن ان تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصى ، موجها عمليات العلاج بنفسه.

وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكين على تحوير تلك الاساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة فى العلاج الذاتى تنطلق تقريبا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية ، والمعرفية، والسلوك، والاجتماعية بالشكل الذى استوعبته الفصول السابقة. وسنعرض فى الأجزاء الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التى تمت أويمكن أن تتم فى هذه الاساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيا.

١- التعديل الذاتى للجوانب الانفعالية من الاضطراب :

تعرضنا لاساليب العلاج السلوكى القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء ، والتطمين المتدرج وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون

ون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح امها ذاتها.

فالاسترخاء ، مثلا يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفى التى تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على رخاء المنظم أن يوضح له أن هذا الاسلوب يستمد نفعه الاساسى اذا تخدمه المريض فى المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك لات التى دفعته لطلب العلاج ، خاصه اذا ما كا طالب العلاج من الذى يشمله الاضطراب والانفعال والقلق فى مواقف متعددة ليلا أو

قد رأينا نموذجا لذلك حالة الشاب الذى عالجه " سالتر" فى الفصل ى . وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين فى هذا الصدد أن قدرة على ممارسة الاسترخاء فى المواقف التى تعتبر بالنسبة له موضوعا القلق والتوتر (كالحديث مثلا أمام مجموعة من الاشخاص) ، د على مواجهة جوانب الاحباط التى قد تحدث بطريقة أكثر ايجابية. ة أخرى ، فان السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة ادراك البيئة ها الى عنصر أقل تهديدا .

ويقترح كاوتلا Cautela وهو من مشاهير العلاج السلوكى الحديث فى جمعية العلاج السلوكى سابقا - طريقة تساعد على حل التوترات نشأ فى جو العمل لدى مرضاه ، فقد كان يقترح على طلاب العلاج - ة اذا كان مصدر الاضطراب لديهم هو التوتر والصراع الذى يستثيره العمل - أن يجلس الشخص مسترخيا على مكتبه فى العمل وأن يهتف وت عال أثناء ذلك بكلمة " استرخ " لمدة ١٠ مرات . وكان يؤكد على

مرضاه اتباع هذا الاسلوب مهما بدا له بسيطا أو مستهجنا. فاذا اتبع المريض التعليمات كان يطلب منه بعد ذلك أن يسترخى فى وضع واقف، وأن يمارس الاسترخاء فى المنزل مرة يوميا على الاقل فى كلا الوضعين (الجالس والواقف).

وفى كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه « استرخ » بصوت عال لعشر مرات فى هذين الوضعين، الى أن تحدث رابطة بين كلمة التنبيه (استرخ) والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء). وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح فى كلا الوضعين، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الاسلوب فى كل مواقف القلق بعد ذلك (٥).

ومن الطريف أن « كاوتلا » قد أجرى عددا من الدراسات التتبعية على الاشخاص الذين يستخدمون هذا الاسلوب بناء على توجيهه لهم، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الاجراء ويحسون بفاعليته. كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة « استرخ » ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه فى موقف التوتر بكلمة « استرخ ».

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى فى مواجهة المخاوف المرضية، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو فى حالة من الاسترخاء.

وفى الولايات المتحدة تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على اشرطة تسجيل « كاسيت » وتباع للمرضى أو للاشخاص الذين يرغبون فى التخلص من أعراض الخوف والقلق فى تلك المواقف وغيرها - ويمكن أن

يقوم بتشغيلها وهو فى وضع الاسترخاء الى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح فى التخلص من الخوف من الثعابين مثلا بهذه الطريقة (الاستماع لاشرطة التسجيل فى المنزل بوضع الاسترخاء)، يتساوى فى تأثيره مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج، مما يدل على الامكانات الجيدة التى يمكن ان تتطور لها أساليب العلاج الذاتى.

غير أن هناك بعض المشكلات التى تثور نتيجة لاستخدام أشرطة التسجيل فى عملية التطمين المتدرج. فمن ناحية لايزال هذا الاسلوب فى بداياته الاولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت فى تأثير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على ورقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص اخر. فضلا عن أنه لايوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التى تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجابهة الاخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال قد يكون مصدره عند أحد الاشخاص هو حجم الجماعة، بينما يكون مصدره عند شخص اخر هو سلطة الافراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. كما ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج، ثم يمكن أن تسجل وتمارس ذاتيا بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على « كاسيتات » معدة فى ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتى - أى انه لايكتسب فاعليته الا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا

الاسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملى. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات فى داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكى بطريق تمثيل الادوار مثلا ، الا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لايتم الا اذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التى طورها مع معالجه الى مواقف اجتماعية جديدة (كالاسرة أو العمل) ومع أناس اخرين (كالرؤساء والزملاء.. الخ) ، أى ان يمارس تأكيد الذات متعمدا كلما شعر بأن غبنا أو ظلما قد وقع عليه من الاخرين. بل ان كثيرا من المعالجين مثل « كاوتلا » (٦) ، يرون أن التدريب العملى من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الادوار يجب أن يكون لاحقا وليس سابقا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتى ذاتيا ، خاصة عندما يفشل الفرد فى الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

٢- العلاج الذاتى من خلال ملاحظة الذات :

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسى أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعى والشعور من أهم الاسس التى تتضمنها أى نظرية للعلاج النفسى. ولعل « فرويد » هو أول من أكد أن وعى الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية التى يمربها يؤد الى تغييرات مباشرة فى سلوكه. كذلك أكد « كارل روجرز » دور الوعى فى فهم الفرد لذاته وتقبله لها. ولكننا رأينا أن معالجة « فرويد » لهذا المفهوم لم يؤدى الى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند « فرويد » يشير الى قدرة الشخص – من خلال المحلل النفسى – على الوعى بتشكيل شخصيته فى السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعى والاستبصار فى العلاج لكن بطريقة اخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون

وكا إدراكا دقيقا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات بيئية التى يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج يهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض ، وذلك قبل خول فى أى برنامج للتعديل أو العلاج السلوكى. وعندما يشترك المريض بتوجيه المعالج فى حصر المعلومات التى أدت لظهور اضطراباته ، وأنواع عميم التى أدى لها ذلك، فانه يقوم بعملية ملاحظة للذات ، وهى مرحلة ية من مراحل العلاج السلوكى بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات أو الكشف عن الذات لا تعتبر طريقة لجمع صر المعلومات الضرورية عن تكون الاعراض ، بل قد تؤدى -بمفردها- بعض التغيرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ كه أو يحاول أن يجمع المعلومات التى أدت لظهور افعاله غير المرغوبة ، هذه المعرفة – مجرد المعرفة – قد تؤدى الى تأثيرات مباشرة فى ال أو السلوك الذى يلاحظه الفرد (٧).

والمزيد من التفاصيل والايضاح لنرى ما يحدث أثناء ملاحظة الذات : الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التى أدت الى أنماطه السلوكية ى يرغب فى تعديلها ، انما يقوم فى الحقيقة بعملية انتقاء أو « غربلة شروط أو الاسباب الهامة – فى نظره – التى أدت الى تكون عراض المريضة فهو يبعد بعض الشروط الهامشية على بعض الشروط ى يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. ذه « الموازنة » بين الشروط المختلفة تعتبر فى حد ذاتها ذات وظيفة مائية لانها ستضع اصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب يلها أو ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه – فضلا عن ذلك وعيا

واستبصارا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعى أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها ، أو أن يخلق شروطا أخرى معارضة للشروط السيئة الاصلية ، الى غير ذلك من تصرفات مستقبلية وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمى أن يسجل الفرد فى كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضى عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلا عدد المرات التى يشعر فيها بالرغبة فى تدخين سيجارة ، أو تعاطى بعض الخمر، أو الرغبة فى السب والعداوة أو عدد المرات التى تتملكه فيها الافكار الحوازية أو عدد الهلاوس السمعية التى يسمعها .. الخ . ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين فى احدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التى يشعر فيها برغبة قوية فى تدخين سيجارة ، يؤدى مباشرة الى اعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ فى مستشفيات الطب النفسى وعيادات العلاج النفسى فى الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الاسلوب فى العلاج من الادمان على الخمر ، والكحوليات ، وغيرها من الافعال القهرية ـ بأن يكون لكل مريض كراسة يسجل فيها ما يفعلة أزاء هذه المشكلة يوميا .

ولان ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم فى التغيرات السلوكية التى تطرأ على الشخص ، فان هذا التحكم - فى اعتقادنا - يؤدى الى خلق تغيرات آلية فى البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات اضافية فى الاتجاه المرغوب.

تصور - على سبيل المثال - أننا طلبنا من شحص يفتقر الى تأكيد الذات فى المواقف التى تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس ، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة اولى من خطوات العلاج أن

يسجل مباشرة عدد المرات التى قال فيها « نعم » أو « أوافق » على أمر أو حكم معين صادر له من زميل اورئيس ، وعدد المرات التى قال فيها « لا » أو « أرفض » هذه الاوامر أو الاحكام غير المقبولة. ان مجرد قيامه بتسجيل ذلك فى المواقف الحيه يخلق- فى تصورنا - نوعا من التعديل فى استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل ـ الخ) ومثل هذا التعديل او الاهتمام الذى يظهر على الاخرين قد يتحول الى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الايجابى .

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل الشروط الرئيسية التى تساهم فى تشكيل جوانب سلوكيه وشخصيه. عندما يحاول مستقبلا أن يتجنب الشروط السيئة ، أو يخلق شروطا جيدة ، عندما يكشف أنه نجح فى تحقيق بعض الاهداف : أى أن هناك اهدافا أخرى تبلورت وشروطا أمكن التغلب عليها ، وشروطا أخرى يجب التغلب عليها .. الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتى لممارسة تعديلات اضافية أخرى .. **فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحا آخر ، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى بفاعليتها .**

وقبل أن ننتقل الى وصف احدى الحالات التى تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية فى تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة الى حد كبير ، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون فى تحديد المتغيرات النوعية التى تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين فى هذا المجال ، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها فى ميدان

العلاج الذاتى ، حتى فى أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابا .. ولنتأمل معا فيما يلى حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية :

المريضة فى السابعة والاربعين من العمر تقيم فى مستشفى للطب العقلى فى الوقت الذى بدأ فيه المعالج السلوكى محاولاته العلاجية معها. شخصها الاطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة فى المستشفى لثلاثة عشر عاما ، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس الى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب ان هذه الهلاوس تدخلت فى حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لاتطاق . لقد أصبح سلوكها كله محكوما " بالاوامر " و" النواهى" التى تعطيها لها الاصوات. وبلغ ذلك الى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الاصوات تأمرها بذلك.

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الاصوات عليها وأبدت رغبة قوية فى العلاج منها . وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الاصوات ، فان مشكلتها الاساسية قد تحل ، وانها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعدد ذلك. كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولان هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج ، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات ،، وذلك لبساطة هذا الاسلوب فى التطبيق ، ولان المرأة أبدت رغبة فى التعاون مع المعالج فى تنفيذ التعليمات

الخاصة بتسجيل التغيرات التى تسيطر عليها وملاحظة الذات .

طلب المعالج منها أولا أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التى ـدث فيها تلك الاصوات لثلاثة أيام متتالية : ثم طلب منه بعد ذلك أن تسجل ـاً أمام المريضات الاخريات فى العنبر على جدول عدد المرات التى تسمع ـها هذه الهلاوس يوميا . وقد وضع الجدول فى مكان ظاهر بحيث يمكن ـمريضات الاخريات أن يلاحظنه. وكنتيجة لهذا المكان الظاهر ى وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص فى العنبر أن يلاحظ ى التقدم فى سلوك المريضة. فم الواضح انن أن الهدف من الجدول هو يعطى المرأة نتيجة فورية لتطورها . كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم جتماعى من قبل المرضات والمجريين والعاملات بالمستشفى .. الخ .

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح هتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا فى الهلاوس اليومية (تناقص صوات) وعندما كانت تفشل المرأة فى انقاص هلاوسها ، كان التدعيم جتماعى يتوقف.

ومن الطريف أن هذا الاسلوب قد ادى الى تناقص ملحوظ فى لاوس السمعية لدى المرأة فى فترة قصيرة من الزمن. لقد قلت الاصوات هلاوس من ١٨١ مرة فى اليوم الاول (الذى بدأت فيه المرأة بوضع علامة الجدول فى كل مرة تسمع فيها الاصوات) الى ١١ مرة فى اليوم الث. ولم تظهر أى هلاوس فى اليوم الرابع . ثم زادت بعد ذلك الى ١٦ رة ثم قلت تدريجيا الى أن وصلت الصفر. واختفت الاصوات بعد ذلك اما من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك راسة.

ومن الطريف ايضا أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات ايجابية أخرى فى سلوكها . لقد أصبحت اقل قلقا ، وقادرة على التفاعل الاجتماعى مع المريضات الاخريات . وتحسن مظهرها الخارجى . وبدات تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها الى حد بعيد (كدليل على أن التغيير فى الاعراض يشمل تغيرات ايجابية أخرى فى الشخصية ككل) .

وغنى عن القول ، أن هذه الدراسة تقدم برهانا قويا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان الى تعديل كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمى منها الى عالم الامراض العقلية.

وبنفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق فى حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية فى علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية ويتم بالفعل استخدام هذا الاسلوب من أجل زيادة الوقت الذى نكرسه للعمل (والمذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومى للوزن وتسجيله ، وعلاج مشكلات الاطفال فى المدارس كالبكاء الذى ليس له سبب وذلك بوضع علامة على جدول أمام الطفل فى كل مرة يبكى فيها دون سبب. وحديثاً أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية فى علاج المخاوف المرضية من الاماكن المغلقة لدى مريضة وذلك بسؤالها أن تحصى الزمن الذى تقضية فى مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة ايقاف، مما أدى الى تزايد تدريجى فى الزمن الذى تقضيه فى الاماكن المغلقة بشكل عام . كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الاسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب فى فترة زمنية محدودة. فأمكن

تخصيص ٦ ساعات يوميا تقريبا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لايزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة).

والجميل فى أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الايجابية فى زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب فى فترات محدودة لا تتجاوز السنه فى الحالات المعقدة ، وتصل الى أسابيع قليلة فى حالات أخرى ، فضلا عن امكانية استخداماته فى تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما فى ذلك الاضطرابات التى تصيب الناس العاديين كالسمنة ، أو الهروب من النشاطات الابداعية كالكتابة) والعصابيين كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلاوس والافكار المسيطرة) .

ما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم ، وذلك بتشجيع الفرد على اس ضغطة بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميا فى مواقف مختلفة وتسجيل على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسة ولهذا تباع اجهزة ضغط الدم فى الوقت الحالى بأسعار زهيدة للجمهور الامريكى لتشجيع ليات العلاج الذاتى.

- ملاحظة النماذج وإستخدام التعلم بالقدوة :

فى إحدى التجارب المبكرة « لباندورا » Bandura و « روس » Ro (٣) كان يسمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة التليفزيون الذى يعرض مجموعة من الأفلام القصيرة المعدة بطريقة خاصة تصور شخصيا صرف بعنف وغلظة مع دمية من المطاط فكان يركلها بقدميه ، ويصفعها الوجه ويشكها بدبوس ، ويمزقها من الخارج. ويرميها قطعا قطعا .

وبعد هذه المشاهدة كان الأطفال يعرضون لخبرة إحباطية بأن تعطى

لهم مجموعة جذابة من اللعب ، ثم تجمع منهم قبل أن ينتهى لعبهم بها. وعندئذ ينقلون إلى حجرة أخرى بها دمى وعرائس من المطاط تشبه نفس الدمى التى كانت موضوعا للعدوان فى المشاهدة التليفزيونية السابقة. وسجلت الملاحظات لسلوك الأطفال .

لقد تبين أن الأطفال أخذوا يتصرفون نحو هذه الدمى بنفس العدوان والفلظة التى شاهدوا الشخص يقوم بها. ولقد تعلموا من المشهد التليفزيونى أن يتصرفوا بعد الاحباط بالعدوان، والضرب، واللكم، والصفع، والتمزيق .

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم: التعلم بالقدوة أو المحاكاة. لأن الشخص هنا اكتسب شيئا من خلال ملاحظته لشخص آخر يقوم به، دون أن يقوم به هو بالضرورة .

ولقد أمكن توظيف هذا المبدأ فى إكتساب كثير من أشكال السلوك. فإذا كان الشخص يحاكى النماذج السيئة من السلوك خلال ملاحظة الآخرين يقومون بفعلها كما فى مثال « العدوان » السابق. فإنه قادر أيضا على أن يحاكى النماذج الصحية والفعالة من السلوك. فالإنسان من خلال ملاحظته للآخرين يستطيع أن يتعلم كثيرا من المهارات الإجتماعية، والطلاقة اللغوية، والتعاون، والفنون الادارية .

ويمكن الإهتداء بهذا المبدأ بوحى من الذات من خلال ملاحظتك للنماذج الناجحة التى تقوم بجوانب من السلوك تشعر بينك وبين نفسك أنك تحتاج فيها للتدريب. لكن حاول أن تحدد أولا المشكلة التى تعانى منها ثم أنظر لبيئتك لكى تختار منها النماذج التى تعتقد أن أدائها لنفس السلوك

…كلة يعتبر من وجهة نظرك ومن وجهة نظر الآخرين ناجحا. ثم لاحظ … وحاول أن تمارسه عمدا .

وهناك كثير من الأشياء التى تساعد على التعلم الإجتماعى السريع …ل القدوة ، منها : أن تكون القدوة ناجحة وقوية بحسب المعايير …تماعية السائدة. ومنها الإنتباه والإهتمام لسلوك القدوة خاصة …صيل - والكيفية التى يؤدى بها السلوك .. ومنها التنويع من …در الملاحظة والإطلاع على نماذج متنوعة كملاحظة النماذج …ة، والممثلين والأساتذة الناجحين، والقادة، فضلا عن الدراسة والقراءة …اذج السلوك البشرى الذى نريد الوصول إليه .

…يساعد الأداء الفعلى للسلوك على إتقان تعلمه - خاصة إن كان هذا … مركبا من عدد كبير من الإستجابات المتشابكة. فتأكيد الذات فى …ات الإجتماعية بالآخرين لا يتم بين يوم وليلة من خلال ملاحظتك …د ناجح يحاضر تلاميذه أو من خلال ملاحظتك لممثل سينمائى يؤدى …ع شخص من الجنس الآخر - إنما لابد فضلا عن ذلك أن تتعلم هذا …ك بالممارسة العملية ... حتى وإن كانت صعبة فى البداية .

ويجب بعد ذلك أن تحاول القيام بعملية تخطيط للسلوك الجديد لأن ذلك …ه على اتقان تعلمه. ويتم ذلك بأن تكافىء نفسك إذا ما نجحت فى أداء …التصرفات الجزئية المؤدية للهدف ... وهوما يقودنا للحديث عن …عة الأخرى من أساليب العلاج أو التوجيه الذاتى .

٤- إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتى :

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرا خصبا لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتى أن الشخص فى الملاحظة الذاتية يقوم بمراقبة تصرفاته – التى يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته – إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتى فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب . ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فورا عندما ينجح لديه ظهور السلوك المرغوب . وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافىء نفسه بكوب من الشاى أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى النادى أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه .

وفى ميدان العلاج النفسى الذاتى أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتى جزءا رئيسيا من العلاج يوصى به المعالج فى مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسى (أى القلق فى حضور الجنس الآخر) ، والإكتئاب ، والوساوس ، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص ... الخ .

ولكى يزداد إستبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب فى هذه المجالات الآنفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الفرض. ومن أوائل الدراسات التى أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت

١٩٦٤ فى الولايات المتحدة على يدى « جاتمان « Gutmann و ...ستون « Marston وقد إستعانا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة ...ين ، وقالا أنهما إختارا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كانوا ...ن فى الاقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا . وقد ...الباحثان الطلاب الى مجموعتين : الاولى وقد أطلقا عليها المجموعة ...يبية وتتكون من ١٥ شخصا طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل ...سيجارتين اذا ما نجح فى التوقف عن التدخين لمدة اربع ساعات ...ية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من افراد هذه ...ة أيضاً أن يسجل كل من أيام التجربة . أما المجموعة الثانية وتسمى ...وعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين ...النجاح فى التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم ايضاً تسجيل ...ى اليومى فى التدخين. وقد بينت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن ...ة قد إستغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت فى ...ى السجائر بشكل مطرد، بينما لم يحدث تغيير ينكر فى المجموعة ...لة (٩).

...ويزعم باحثان آخران ان أسلوب المكافأة الذاتية نجح فى إيقاف القلق ...ى لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم الاجتماعية بأنها ...ر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانوا يضطرون عندما يتبادلون ...ث مع الزميلات بطريقة تضعهم فى كثير من جوانب الحرج والإكتئاب. ...ه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم فى ...لص من القلق فى المواقف المتدرجة موقفا وراء الآخر، على أن ...خدموا شتى أساليب الأثابة وتدعيم الذات (بما فى ذلك مدح النفس)

كلما نجح الواحد منهم فى مواقف أخرى لاتتعلق بالتفاعل مع الآخرين . ولم ينجح الواحد منهم فى تخطى القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم إستطاعوا أن يتخلصوا من القلق فى مواقف أخرى لاتتعلق بالآخرين ، كالخوف من الإمتحانات ومن الرسوب فضلا عن إزدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق) .

وفى تعليق الباحثين على ذلك أكدا أنه ليس ضرورياً للتقليل من آثار القلق فى موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسى، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تنجح فى تحقيق الأهداف المرسومة .

وقد نجح « البرت أليس » الذى عرضنا لنظريته فى العلاج المنطقى فى الفصل السابق نجاحاً كبيراً فى تشجيع مرضاه على إستخدام المكافاة أو الإثابة الذاتية عند النجاح فى التخلص من الأفكار والإتجاهات الإنهزامية ، ويقول فى هذا الصدد :

« لقد نجحت شخصياً فى مساعدة مرضاي فى السنوات العشر الاخيرة من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشىء مرغوب (كالطعام أو الشراب ، أو التنزه) بعد ان ينجح الواحد منهم فى الدحض المستمر للإعتقادات الخاطئة التى تتملكه وتؤدى للمرض والهزيمة ، وعندما كان يفشل الواحد منهم كنت أحضه على عقاب الذات كمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية ، أو أداء تمرين رياضى ممل ، أو المساهمة فى نشاط جماعة أو حزب سياسى مخالف لقيم الشخص) وذلك

يفشل الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يومياً» (١٠).

وقد يتساءل القارىء هل من الأفضل أن تتى المكافأة أو الإثابة عند جاح فى تحقيق هدف علاجي معين ، من الخارج (الأباء والمعالجون ، رسون) أم من الذات . هنا أيضا تفيد بضع دراسات فى تقديم إجابة ة عن هذا السؤال : فقد نبين أن التدعيم الذاتى لايقل فاعلية عن التدعيم يئى أو الخارجي من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكيفى يد. اما أذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل ، فان التدعيم الذاتى ق على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدى الى آثار علاجية تستمر أطول ، مما لو كان مصدر التدعيم آتيا من البيئة. بل ان كثيرا من الجين يرون أن فاعلية التدعيم تتوقف فى الحقيقة على قدرة الشخص أن يحول التدعيمات الخارجية الى تدعيمات داخلية أو ذاتية ، عندها ن التقدم فى العلاج مصدرا لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلا من عاد أو ارضاء المعالج.

ويرتبط بالتدعيم الذاتى مايسمى **بعقاب الذات**. وقد رأينا نموذجا ى عبارة « أليس » التى سبق ذكرها توا . فقد رأينا أنه كان يكلف ضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم فى تحقيق الهدف شهود للعلاج. وقد أمكن لاحد المعالجين السلوكيين فى احد عيادات لاج النفسى بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات فى علاج عيوب لام واللجلجة وذلك بأن ابتكر جهازاً يصدر أصواتا منفرة (صفير حاد قطع كالذى نسمعه على محطات الاذاعة قبل بدئها) اذا ما قام الشخص

بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الاسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا فى علاج التلجلجة اذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ فى التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح فى استخدام هذا الجهاز الى تعميمه بحيث أصبحت امثال هذه الاجهزة تعطى للمرضى فى المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها فى حالات الهلاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطى صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال اعطاء مريض فصامى كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التى طلب من المريض تنفيذها هى أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الاصوات. وفى خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلاوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهلاوس التى أدت به الى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات (١١).

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الان هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها - فى العلاج - قد أحرز قوة واضحة فى السيطرة على كثير من الاضطرابات ويقليل من الجهد، ويتجنب كثير من المشكلات الخلقية التى قد يثيرها العلاج السلوكى بشكل عام.

والاسلوب الاخر الذى أود أن أناقشه هنا قبل ان نختتم الحديث عن ليب العلاج الذاتى يتعلق بما شرحناه فى الفصل السابق، والمتعلق يل المعرفى.

لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير اهات غير المنطقية، فتبين لنا ان هذا المجال من المجالات الواعدة فى السلوكى. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوبا من يب التى تزداد فاعليتها اذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من ارادته ة فان تحوير تلك الاساليب للاستخدام فى ميدان العلاج الذاتى كان ا وحافلا بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

ن الافكار الاساسية فى النظرية المعرفية أن الانسان يسلك ما يفكر. وفى ميدان ممارسة العلاج الذاتى ينصب جزء من دور عطى تدريب الاشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أى ما يقولونه هم) فى مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التى تستثير ب، والقلق، والمخاوف وعدم الثقة. الخ ذلك لاننا نعرف - مما عرضناه ل - أن كل تصرف عصابى كالقلق مثلا من التعبير عن النفس أمام ، انما يتأكد من خلال الافكار التى يرددها الشخص بداخله. فما الشخص ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هى التى ير شتى المشاعر فى شتى المواقف. ولامر ما تنبه الادباء والروائيون قدم الى ما تلعبه الحوارات الداخلية فى توجيه الشخصية. ان حيات « شكسبير » على سبيل المثال، تمتلئ بأنماط وشخصيات ى تلك الاحاديث الداخلية « المونولوجات » عند التعرض للكثير من

جوانب النشاط كالعدوان (عند عطيل) والوشاية (عند اياجو) والاكتئاب (عند هاملت).

وفي الميدان العلاج الذاتي يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفي قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب ، كأن يستعيض الشخص عن العبارة « ان ما سأقوله تافه ومثير للسخرية » قبل القائه لخطاب أو اعلانه عن رأى أمام مجموعة بعبارات ذات محتوى تكيفي مثل « لابأس من الكلام ، ولايهم ما سأقوله ، بل يجب أن أقوله » .

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلي، ما يسمى **بالايقاف المتعمد للافكار غير المرغوبة**. اذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعاسة والضيق (انني انسان غير مفيد ، أو أن أهلي يريدون التخلص مني ، أو انني فقدت جاذبيتي وقدرتي على التأثير في الاخرين ..الخ) . ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير باصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الاشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها . يهتف المعالج « توقف الان عن هذا ». وتبين الحالات التي استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التي تتكون عندما يهتف المعالج « توقف » تختفي من الذهن.

أما لماذا تختفي الفكرة أو التصور المرضي عندما يأتي الامر بالتوقف، فالامر بسيط وسبق أن أشرنا الى المبدأ الذي يفسره ، ولكن في اطار اخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل ، وبينا أن الشخص لايمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أي أنه لايمكن ان يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخي عندما

ه تهديد نفسي معين. وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذي اعتاد واجه به مثل هذه التهديدات .

وتفس الامر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن في فكرتين في وقت واحد ، أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت لج وهو يهتف : توقف !وبالطبع من الممكن استخدام هذا الاسلوب ذاتيا تبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل « وولبي » نجاحا ثلاً عندما طبق هذا الاسلوب على نفسه ، أثر تعرضه لمشكلة قوية مع ص معين تملكته إثرها عض الافكار ، وسيطرت عليه بعض الوساوس عالج المسألة بطريقة خرقاء. لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه ، فرق تفكيره طوال اليوم. لهذا حاول في مساء نفس اليوم أن يقوم ة علاج ذاتي بأسلوب بلورة الفكرة التي تبعث على الضيق « معالجة ة بطريقة خرقاء» ، مع الهتاف العالي « توقف » . وفي تعليق وولبي ك يقول : بالرغم من أن الاسلوب لم يثمر معي في البداية ربما بسبب ة انفعالي الشديد ، وضيقي بالموقف فانه أمكن لي أن أحقق نجاحا في اليوم التالي . لقد أزيلت وساوسي وانمحت تماما (١٢) .

تلك اذن هي بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة على توجيه نواتهم وتعديل جوانب سلوكهم ، وأفكارهم واتجاهاتهم ، عالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف ئاب وغيرها من اضطرابات قد استنتجنا - دون شك - آثارها المدمرة حياة الانسان. وهناك الكثير من هذه الاساليب ولكنها أكثر تعقيدا من ية التكنكية بما لايناسب هذا المجال .

أما وقد أصبحت لدينا الان بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقى تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة .. فمن ناحية قد تأخذ هذه الاساليب مظهر البساطة والهزل ، لكن فاعليتها لن تظهر على الاطلاق مالم تحمل محمل الجد الخالص ، والجهد فى تنفيذها . عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة الى أمر مستساغ ومفيد .

ثم أن هناك بعض الجوانب الايجابية التى صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتى . فمن ناحية لايقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين فى المستشفيات ، أو الذين يذهبون للاطباء النفسيين طلبا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة بل أنها تستخدم بنجاح كبير فى مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير .

وبالنظر الى أن تلك الاساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور فى حركة العلاج السلوكى ، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكى بنفس الحدة التى كانت تثار بها منذ سبع أو عشر سنين . فالشخص الذى يمارس هذه الاساليب يأتى طالبا المشورة شخصيا كما أنه يتصرف وفقا لارادته الخاصة الحرة . انه يأتى وهو مستعد لان يفعل ما يستطيع لكى يتخلص من تعاسته . وهو عندما يمارس هذه الاساليب مع المعالج النفسى) بقيمه واتجاهاته قد يمارسها بطريقة قد تكون مصدرا للتحوطات الخلقية .

وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام أن كنا قد نجحنا فى أن نقدم فى هذا الكتاب للقارئ ما يكفى أن يطلعه على صورة من الانتصار العلمى فى ميدان كان من العسير – بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحيانا ، والخداعات شبه العلمية أحيانا أخرى – أن يقدم العلم فيه انتصارا مماثلا لانتصاراته فى الميادين الاخرى .

أن النصر قد يبدو ضئيلا اذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدى التى ـها الحياة بدأب ، فاننا نعتقد أن جهد المحاولة ، وبعض النتائج ـمعة تبشر بأن خطانا قدد وضعت فى الطريق الصحيح ، أجل الطريق ـيح ليس أكثر ! ..

مراجـع وتعليقات

– للإطلاع على نظريات وآراء « كارل روجرز » يمكن الرجوع بين عشرات
لمؤلفات والكتب الى الكتابين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية :

2 - A- Rogers, C. (1942) : ***Counseling and psychotherapy*** : Nev
er Concepis in Practice Boston : Houghton.

B.- Rogers, C. (1951) : ***Client-Centered therapy:*** ist current impl
cations, and therapy. Boston : Houghton.

3 - Bandura A. (1969) : ***Principels of behavior modificatio***
New York: Holt.

4 - Skinner, B.F. (1966): ***Science and human behavior***. New Yo
Macmilan.

5 - Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitiza
tion . ***Psychological Reeord***. 16,33-41

6 - Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c. Franks an
co. Whilson (1969): (eds.) ***Behavior therapy: Appraisal a***
status. New York: McGraw-Hill (pp.323.340)

7 - Hagen, R. (1975): Behavioral therapies and the treatment of schizo
phenics. ***Schizophrenia Bulletin***, *13, pp. 70-96*.

– انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلاوس وما
أثارته من نشاط فى مجال العلاج النفسى .

9 - Cutman, M. & Marston, A. (1967): Problems of subjects motivation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. ***Psychological Reports***, 20, 1107-1114.

الباب الثالث

العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل العاشر : العلاج السلوكى واضطرابات الطفل .

الفصل الحادى عشر : الإضطربات العصابية والقلق

الفصل الثانى عشر : العلاجات السلوكية والإضطرابات العقلية : الفصام خاصة .

الفصل الثالث عشر : البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى السلوكى وإضطربات السلوك الفصامى .

الفصل العاشر

العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل

ما هى الاسهامات التى يتفرد بها العلاج السلوكى فى ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما هى الأساليب الفنية التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هى بعض الأسئلة التى سيجيب عنها هذا الفصل.

نماذج من اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التى تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو أبائه، أو المحيطين به فى المؤسسات الإجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك موضوع الشكوى. وسنتعرض فيما يلى لضرورة وجود علاج سلوكى للطفل، وأنواع المشكلات التى تواجه الأطفال وتحتاج للعلاج النفسى – السلوكى.

الحاجة لعلاج الطفل :

من الميسور دائما الحكم على البالغين بالإضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقاربا بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن

الطفل. اننا فى مثل هذه الحالات نصفهم بعدم النضوج والإضطرابات بسبب صفاتهم الطفولية. لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الطفل فانها قد تكون شيئا مقبولا ومناسبا لعمره، ومتطلبات مرحلة النمو التى يمر بها، وما تتطلبه هذه المرحلة من تغيرات فكرية، وانفعالية، واجتماعية. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسى – السلوكى (١) من الاندفاع والعجلة فى وصف طفل معين بالإضطراب.

ومن ثم وجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهنى (طبى أو نفسى) بسبب شذوذه وعدم ملائمته لمتطلبات النمو، أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الاغفال – أو حتى التشجيع – بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

ان كثيرا من الإضطرابات كالعدوان ، والحركة الزائدة، والتحطيم، والبكاء، والتبول اللاارادى واضطرابات النوم ـ وهى المشكلات التى تسبب ازعاجا للأسرة قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيرا يتناسب مع الفترة الزمنية التى يمر بها الطفل. ومن ثم فانه لا يجوز وصفها بالشذوذ، أو المرض، والمشاكسة.

لكننا ممكن – اعتمادا على ما يردنا من بحوث علمية – أن نقرر أن هناك كثيرا من المشكلات التى تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبا من مطالب النمو ولا تنسجم مع التطور الزمنى للطفل وما يصحبه من تطور انفعالى أو عقلى أو اجتماعى ومثل هذه المشكلات التى قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالإضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايدا مخيفا. ففى دراسة أمريكية (Tuma) (2) تبين أن نسبة ١١٪ من الأطفال فى الولايات المتحدة (أى

الى ٨ مليون طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك اسة أن هذه النسبة تتزايد عن ذلك بكثير اذا ما ضمنا لهذه الفئة فال الذين يعانون من الإضطراب الذى لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب لاج. والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى ومشكلات لم. ولا يوجد فى مجتماعاتنا العربية – فى حدود علم الكاتب – ماعات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير انتشار الإضطراب بين ال ومداه. الا أننا نعتقد أن التغيرات الإجتماعية والسلوكية المتخصصة ال اضطرابات الطفولة لا تمكننا من التفاؤل الشديد. وبناء على تجربة الكاتب (ع. ابراهيم) فى احدى العيادات النفسية فى البلاد العربية نجد يقرب من ٦٥٪ من الحالات التى تفد للعيادة طلبا للخدمة النفسية ة هى للأطفال. وتمتد الشكاوى فى مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات كما سنرى فيما بعد – فى صميم التخصصات النفسية – السلوكية. فاننا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية – سلوكية أمر ضرورى من مطالب النمو بهذا التخصص.

الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والإضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ومن أحد الطرق بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يرد صصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسى فى المستشفيات والعيادات والمؤسسات الإجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الإضطراب صدر عنها ثم تصنيفها.

واذا ما قبلنا بالتوصيف الذى يضعه لنا المرشد الطبى النفسى يكى (3) لهذه الحالات، فان من الممكن تحديد فئات رئيسية

لاضطرابات الطفولة :

١- **مشكلات متعلقة بالنمو** : التخلف العقلى أو الدراسى، ومشكلات النمو اللغوى، صعوبات التعلم.

٢- **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك** : الافراط الحركى (الحراكية) Hypertension ، العدوان - تشتت الانتباه - التخريب - الجنوح ، الكذب - الانحرافات الجنسية.

٣- **مشكلات القلق** : قلق الانفصال - Seperation anxiety القلق الإجتماعى - تحاشى أو تجنب Avoidance Disorders الاحتكاك بالآخرين.

٤- **الإضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام** : Eating Disorders : الهزال أو النحافة المرضية - Anorexia nervosa النهم - السمنة - Obesity التهام المواد الضارة .Pica

٥- **اللوازم الحركية** :Tics نتف الشعر - مص الاصابع - قضم الأظافر.

٦- **اضطرابات الاخراج** : التبول اللاارادى - Enuresis التغوط . Encopresis

٧- **اضطربات الكلام واللغة** : التهته - البكم - الحبسة الصوتية .

٨- **اضطرابات أخرى** : نهان الطفولة - السلوك الاجترارى (٤)

ولا يعنى أن تقسيم هذه الفئات المرضية الذى تتبناه جمعية الطب النفسى الأمريكية أن هذه الفئات يستقل بعضها عن البعض الأخر . فهذه الفئات تتداخل فيما بينها ، مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلب

مطالب التبسيط العلمى الذى لا يخلو - أحياناً - من بعض العيوب .

طريات نوعية :

لكن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى هو عدم الإكتفاء ع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى فى فئات عريضة بالشكل ابق . إن المطلب الأول للبدء فى أى برنامج للعلاج السلوكى للطفل هى حدد بالضبط السلوك الذى ترغب فى علاجه تحديداً نوعياً (٥) . فالمعالج لوكى - على سبيل المثال - لا يقبل وصف إضطراب طفل معين وان. ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل : يستخدم ألفاظاً قبيحة ضرب أخته - يعتدى على أبويه بالضرب - يبصق - يخطف الأشياء من م زملائه - يحطم أثاث المنزل - يشعل النيران - والى غير ذلك من نب السلوك التى قد تصف بالسلوك العدوانى . وبالمثل فالمعالج السلوكى ل استخدام جوانب سلوكية مثل : يخاف من الظلام - يشعر بالسخونة المدرسة .. وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعانى من عصاب القلق أو يه المخاوف ..

ويحتاج المعالج السلوكى أن يدرب نفسه جيدا على مثل هذه صياغات السلوكية، وسنرى فيما بعد الفوائد التى يجنيها المعالج من هذه صياغات السلوكية النوعية من حيث سهولة ملاحظة المشكلة وتقييمها ومن ث متابعة خطة العلاج ومدى فاعليتها.

وعلى العموم فان أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال وفق فهوم السلوكى تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التى تستثير قلق الغير وقلق المعالج على السواء. ويبذل - لهذا - المعالجون السلوكيون

جهدا كبيرا فى وضع قوائم تحليل سلوكى نوعى للاضطرابات السيكياترية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع "ولبى Wolpe " و "لانج Lang " (٦) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الإجتماعية Fear Survey Schedule وهى تتكون من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال كالثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والإجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء .. الخ. ونستخدم – من ناحيتنا بالعيادة السلوكية بكلية الطب – جامعة الملك فيصل بقائمة مشكلات الطفل التى تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية يقوم المعالج من خلالها بتقييم حدوث كل مشكلة منها على مقياس يتراوح من ١ (لاتنطبق) إلى ٣ (تنطبق أو تشيع بشدة فى سلوك الطفل). ويمكن للقارىء أن يتجول فى هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال فى العيادات النفسية (أنظر جدول ٤).

اجراءات العلاج السلوكى للطفل

هناك تقريبا ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكى بطريقة التدعيم، وهى تشكل فى مجموعها نفس الاجراءات المتبعة فى تقدير وتقييم الإضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها لدى رواد العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسى – جامعة الملك فيصل.

ـطوة الأولى: تحديد السلوك المحورى :

السلوك المحورى Target Behavior هو السلوك الذى نريد علاجه يله. وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذى يتفق المعالج مع ض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدى إلى تغييرات رئيسية فى وك. ومن المطلوب أن تحدد السلوك المحورى تحديدا نوعيا. وقد أشرنا أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف فى الشخصية ون مقبولة، لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى فى شكل مظاهر كية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. مثلا (بدلا من ف الشخصية يمكن أن يقال أنه يعجز عن الاحتكاك البصرى أو لا يعبر غضبه عندما تخرق حقوقه).

ويعد تحديد السلوك المحورى يجب أن تكون لدى المعالج والأهل فل جميعهم صورة واضحة – من خلال البيانات والمعلومات التى أمكن نها بملاحظة الطفل – كيف يتدخل هذا السلوك فى صحة الطفل وسلامة رين، ورفاهية جميع الأطراف.

ـطوة الثانية : وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه :

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التى رفيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة ستمارات المعدة خصيصا لذلك. وذلك حتى نصل لما يسمى بحد شار Base Line .. أى أقصى قدر يظهر به السلوك.

جدول (٤) : قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص / الطفل : .... عمره .... تعليمه : ....

التشخيص الطبي : .... المستوى العقلي : ....

التعليمات : العبارات التالية تعبر عن المشكلات لدى بعض الأطفال . المطلوب قراءة كل عبارة منها وتحدد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر فى سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضي .

الإجابة تكون بوضع دائرة حول رقم العبارة الملائمة

السلوك					السلوك					السلوك				
حركات لا إرادية [illegible]	١				[illegible]	٢				يتبول على نفسه بالنهار	٣			
يتحمل	٤				يرفس على الأرض	٥				يتبول على نفسه ليلاً	٦			
يتكلم بسرعة	٧				[illegible]	٨				يتبرز على نفسه	٩			
ينعزل عن الآخرين	١٠				[illegible]	١١				يمص أصابعه	١٢			
يبكي	١٣				يهتم بالنظافة الزائدة	١٤				يمص أو يأكل الأظافر	١٥			
يخاف من الناس	١٦				يخبط الأبواب والنوافذ	١٧				يأكل شعره	١٨			
يخاف من الظلام	١٩				يحطم الأثاث	٢٠				يأكل [illegible]	٢١			
يخاف من الحيوانات	٢٢				يسرق [illegible]	٢٣				يلعب بأعضائه التناسلية	٢٤			
يخاف من أشياء أخرى	٢٥				يغش	٢٦				يكشف عن جسمه	٢٧			
يؤذي نفسه بالعض الخ ..	٢٨				يجادل	٢٩				يلعب جنسياً بطريقة شاذة	٣٠			
يكلم [illegible]	٣١				يلح	٣٢				يهتم بأعضائه الجنسية	٣٣			
يستيقظ مفزوعاً	٣٤				يحرق	٣٥				يهرب من المدرسة	٣٦			
يكثر من النوم	٣٧				يكذب	٣٨				[illegible] في المدرسة	٣٩			
يستيقظ مبكراً ولا ينام	٤٠				يرمي الأشياء على الناس	٤١				يشكو من ألم بالبطن	٤٢			
تنتابه كوابيس ليلاً	٤٣				[illegible]	٤٤				يتقيأ	٤٥			
لا يقدر نفسه	٤٦				يرفض الانصياع للأوامر	٤٧				يشكو من الصداع	٤٨			
يكلم نفسه	٤٩				يتمارض	٥٠				يتعلق بأمه	٥١			
لا يدافع عن نفسه	٥٢				يحب أن يقلد	٥٣				يتعلق بأبيه	٥٤			
تجرح مشاعره بسهولة	٥٥				يتظاهر بالتعب	٥٦				يتعلق بالكبار	٥٧			
يتهته بالكلام	٥٨				يكثر من الحركة والتخريب	٥٩				يعتمد على الآخرين	٦٠			
يصعب عليه الكلام	٦١				لا يستقر في مكانه	٦٢				يأكل بسرعة	٦٣			
يتكلم بطريقة [illegible]	٦٤				لا يكترث لما يقال له	٦٥				يأكل بطريقة خطأ	٦٦			
يخاف الخروج من البيت	٦٧				يفقد انتباهه	٦٨				يأكل [illegible]	٦٩			
يتحدث مع نفسه	٧٠				يتحدث مع نفسه بسرعة	٧١				[illegible]	٧٢			
لا يستجيب للمداعبة	٧٣				لا يستجيب للعقاب	٧٤				يأكل [illegible]	٧٥			
لا يبالي	٧٦				أشياء أخرى .. الخ .	٧٧								

• أى ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها .. أضفها هنا ....

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين :

١- تبين لنا - كميا - مقدار شيوع هذا السلوك بما فى ذلك الأوقات أو الظروف التى ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢- تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية بهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق :

نحتاج فى هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب.

مثال: الطفل يتهجم على الأم فى الأوقات التى تكون فيها مشغولة بنظافة أو اطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الوالدين متى بدأ هذا السلوك الخاطىء فى التكوين.

مثلا: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الاخوة، أو عندما ضحك الأب فى السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية أثر ظهور السلوك غير المرغوب.

مثلا: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللواحق السلوكية) نموذجا جيدا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطى هذه الجوانب :

١- أنواع السلوك مصدر الشكوى (ضرب - شتائم - بصق ...الخ).

٢- تاريخ حدوثه.

٣- الوقت الذى استغرقه.

٤- مع من حدث (الأب - الأم - أحد الاخوة - الزملاء).

٥- كم مرة يحدث فى اليوم (بالاستعانة بالبيانات الواردة فى استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base Line Data).

٦- ما الذى حدث قبل ظهور السلوك (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج - رفض طلب له - اثر مشادة - بعد توبيخه أو معايرته - الخ).

٧- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الأمر بأن يسكت - تقييد الحركة - الضرب).

٨- ما هى المكاسب التى جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطىء (حصل على اللعبة التى كانت موضوعا للشجار - عدم الذهاب للمدرسة ... اثارة غيظ الأسرة).

٩- أى ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة - صراع بين الأبوين - طلاق -عطلة - عادة شهرية - احتمالات ممارسة عادة سرية - الخ).

جامعة الملك فيصل

...تشفى الملك فهد الجامعى بالخبر

...الطب النفسى/العيادة السلوكية

جدول (٥) (استمارة ملاحظة)

السوابق واللواحق السلوكية

...حص : ____________

...: فيمايلى بعض جوانب السلوك أو المشكلات التى تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرا ... السلوك وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرسومة بالخانة الأولى من الجدول التالى.. ... الخانات بحسب ماهو محدد فى كل منها :

السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذى إستغرق	كم مرة فى اليوم	ما الذى حدث قبل ظهور السلوك	الإستجابة اللاحقة من الشخص أو الاخرين	ما هى المكاسب الذى عادت عليه من جراء السلوك	اكتب هنا أى ملاحظات ارتبطت بظهور المشكلة
...أو إعتداء ...ملكية ...بالنفس ...صريخ ... ...الإستجابة ...لو لو ...اللاإرادى ...النفس ...ه أخرى				١- إثر رفض الطلب ٢- إثر توبيخه ٣- إثر تهديه من شئ ٤- إثر مشادة ٥- إثر اللعب مع الأخوة ٦- أحد الأفراد طالبه بصوت عال ٧- قبل الذهاب للمدرسة ٨- الإنشغال عنه ٩- تجاهلنا طلبه ١٠ معايرته ١١- مقارنة بأحد أخوته ١٢- قبل النوم ١٣-الأعداد لإستقبال زائرين ١٤- الإعداد للخروج ١٥- حوادث اخرى..	١- الأمر بأن يسكت ٢- تهديد ٣- تقييد الحركة ٤- الخصام ٥- حرمانه من ممتلكاته ٦- عزله فى مكان منفرد ٧- الضرب ٨- سؤاله عن سبب المشكلة ٩- التوسل أن لا يفعل ذلك ١٠- توجيه إنتباهه لنشاط بديل ١١- الربت على جسمه ١٢- تغيير موضوع الحديث ١٣- اشياء اخرى تذكر	١- الإنتباه له ٢- الإستيلاء على شئ ٣- عدم الذهاب للمدرسة ٤- الهروب من أداء الواجب ٥- عدم التنظيف ٦- عقاب أحد الأخوة ٧- عدم النوم فى الوقت ٨- تغيير مكان النوم ٩- أى مكاسب اخرى تراها	مثلاً :- مولود جديد غيره إنفصال مرتقب من الأسره شكاوى جسمية تغيرات بيلوجية كالعادة الشهرية عند الفتيات مشادات فى الأسرة طلاق زواج حديث أيام العطلات أيام الدراسة التعرض لزائرين أو غرباء أوقات معينه بالليل أو النهار أى تغييرات جديدة خاصة بالاسرة أو الشخص أو العمل تذكر :-

...ستمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حده.

الخطوة الرابعة :برنامج العلاج والخطة العلاجية:

أنت الآن فى وضع يمكنك من تصميم الخطة العلاجية. فقد اكتملت لديك صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضى (المحورى) التى تريد أن تعالجها.. وأصبحت لديك بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك، الكاسب التى يجنيها منه الطفل ... فضلا عن هذا توفرت لديك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتى تساهم فى تقوية هذا السلوك. يصبح الطريق ممهدا للخطة العلاجية التى يجب أن تتضمن ما يأتى:

أ- **تحديد الأهداف النوعية**: التى تتطلع لانجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف **بشكل ايجابى**.

مثال : بدلا من أن يكون الهدف هو :

«التقليل من الشتائم والألفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول»

يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتى:

« تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظى بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول ».

مثال آخر: بدلا من التوقف عن المجادلة قل: «تزايد نسبة الاصغاء» أو «تزايد نسبة القاء الأسئلة» أو«تزايد السلوك الدال على التعاون». (حدد ذلك نوعيا)

وضح فى الخطة الشروط أو الوسط الذى سيحدث خلاله السلوك الايجابى، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الايجابى.

م : اذا كان الهدف هو تزايد السلوك التعاونى فى الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذا التزايد مثلا: (أ) الوقت الذى يقضيه الطفل .. مع والدته فى المطبخ، (ب) عدد المرات التى يعيد فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره فى الأسبوع. (د)يساعد الأم فى تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى.

ارة أخرى يمكن تقدير محكات السلوك الايجابى اما فى شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذى يقضيه فى أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو باحصاء عدد أو كمية النشاطات السلوكية المتنوعة التى يمكن تفسيرها بشكل ايجابى فى فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

شرك الوالدين والطفل فى وضع البرنامج : فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الايجابية والسلبية التى ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ستعن بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة (٧ ، ٨).وحاول فى اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأى تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الايجابى.

جه انتباه الوالدين إلى ضرورة **الاكثار من التدعيم عند ظهور** الجوانب المرغوبة.

يجب أن تتضمن الخطة كل **الأساليب الفنية** (أنظر جدول٧) التى ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وايقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

: سيستخدم الأبوان طريقة الابعاد المؤقت لمدة خمس دقائق فى المطبخ

اذا بدأ فى نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أوانى المطبخ اذا لم يبدأ فى عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغذاء.

و- ينبغى أن تشتمل الخطة أيضا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج.. وكن متسقا مع الأبوين فى ذلك.. وشجعهما على الاتساق مع الطفل فى ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية :

وتتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:

أ- تشجيع الاتجاه الايجابى لدى الطفل والأسرة بأن السلوك الايجابى والتغير سيحدثان حتما. شجع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الايجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوبه

مثلا:

جلسات أسرية - ثلاث مرات أسبوعيا لمدة نصف ساعة - يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد. ويتبادلون الحوار خلالها عن الأشياء الايجابية التى يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلين معه فى عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدنى والربت.

مثال آخر:

أى سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره ايجابيا سيؤدى إلى مكافأة الطفل اما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك فى كراسة معدة خصيصا لذلك

ب- ينبغى تقسيم السلوك - الهدف - إلى أقسام أو خطوات فرعية ... مع تشجيع كل خطوة عند ظهورها:

…ما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على اى سلوك سلبى (غضب مثلا أو الحاح ، أو …يب) لمدة ١٥ دقيقة سنذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف …ابته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيا لكل أربعة أيام.

…**آخر:** سيقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل ايجابيا (حسب الخطة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل فى العلاقات الإجتماعية (مثلا عندما يلاعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شىء أو أداء نشاط مفيد).

…**آخر** : ستحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهى أداؤها دائما بالنجاح.. واثابته على ذلك لاذاقته طعم النجاح فى العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة فى جدول (٦).

جدول رقم (٦)

قائمة نشاطات يمكن استخدامها

لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أداءها دائما ينتهى بالنجاح

…ي	غسل وعاء	إطفاء الراديو أو التليفزيون	تنظيف طفل آخر
…حيفة أو المجلة	عمل شاى أو قهوة	إطفاء الأضواء	غسل الملابس
…ن الكتب في أماكنها	كنس حجرته	إشعال الأضواء	تجفيف الملابس
	كنس حجرة أخرى	تنظيف السيارة	تطبيق الملابس
…إلى أغنية أو الأخبار	كنس المطبخ.. الخ	الكتابة	ترتيب أرفف
…جريدة أو خبر أو مجلة	نقل طبق أو صحن لمكانه	تعلم خبرة جديدة	طبخ
…سمعه توا	التعاون مع أحد أفراد	حفظ	تذكيرنا بشىء معين
	الأسرة فى..	تذكير	...الخ
…ن...	تشغيل الراديو أو	شراء أشياء من الخارج	
…بات المنزلية	التليفزيون		

ج- ساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطىء أو المرضى .. بحيث لا يمكن أداؤه مع السلوك المعارض، ويستحيل حدوثه منطقيا وفعليا للتناقض والتعارض بينهما.

مثال : لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب سيطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معا، أو استخدامهما فى أداء أى نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مغلولتان أو مشغولتان بشىء آخر).

د- الاحتفاظ بسجل يومى للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ- ادماج الآباء والاخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن فى خطة العلاج واطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الايجابية للسلوك يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية. اذ ينبغى تشجيع الطفل على تعميم خبراته الايجابية التى تعلمها فى المنزل تحت اشراف مهنى إلى مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك اثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات ايجابية .. الاحتكاك البصرى .. التعبير عن الإنفعالات بحرية .. الخ.

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الايجابية ، مثلا" :لقد أصبح الآن بامكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد أعصابك.

مقارنة بين المناهج السلوكية المختلفة فى علاج اضطرابات الأطفال

يتميز المعالج السلوكى بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة ولهذا ...ثر طرقه- كما وكيفا- تبعا لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. لكن تنوع ... الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تتعلق بأى هذه الأساليب يبدأ؟ وعلى أساس يختار أسلوبا دون أسلوب آخر؟ ومتى يجمع أكثر من اسلوب معا ... التعامل مع الطفل؟

بعبارة أخرى، فقد يجد الخبير النفسى السلوكى فى ميادين الممارسة ...ية أو الإجتماعية أو التربوية قد يجد فى تنوع هذه الأساليب مايربكه ...ا يريد أن يستخدم هذا الأسلوب دون ذاك.

والحقيقة أن جميع هذه الطرق التى يعرضها الجدول الآتى ...ها- إذا عاملناها بوجهة نظر علمية بحتة- قد خضعت للتجريب العلمى ...ث. ولهذا فإنه لاتوجد طريقة منها أفضل من الطرق الأخرى.

لكن المعيار الملائم، الذى نرى أن يراعيه المعالج عند إختيار أسلوب اخر هو أن يكون ملائما لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب ...ر ملائمة من الأساليب الأخرى بالنظر إلى نوع المشكلة أو الإضطراب. ...ن الجدول الآتى الذى إعتمدنا فى صياغته على عدد معين من المراجع ...قدمة فى العلاج السلوكى تفصيلا للأساليب السلوكية التى تعالج ...طرابات الطفل وما تصلح له من مشكلات.

جدول (٧)

بيان بأنواع مشكلات الطفل

ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
تطمين المتدرج(التعرض التدريجى) يه منفر والتعامل معه بأقل قدر من حساسية (تدريج الحساسية)	المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الإجتماعى التعامل الإجتماعى مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد
تامج التدعيم: تدعيم الإيجابى ، التدعيم الذاتى	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الإجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، إضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادين التفوط، نظافة الفم والبدن)
لإقتصاد الرمزى	مشكلات الطعام (نقص الشهية الشراهة، العزوف عن الطعام إضطرابات الإنتباه،تدريب المهارات الدراسية، إضطرابات السلوك (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطى المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).
تشكيل والتقريب التدريجى والدراسية دراسية(تنظيم	إكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس)المهارات الإجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية(تنظيم جدول للعمل).
قتداء ومحاكاة النماذج	المخاوف والسلوك التجنبى أو الهروبى، جوانب القصور فى السلوك الإجتماعى (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح) ،
سبط المنبه	إضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة .

تابع جدول ٧

بيان بأنواع مشكلات الطفل

ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
نطفاء (سحب التدعيم الإجتماعى، تجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسى، الصياح، العدوان، النهنهة، البكاء، لفت الإنتباه، التفاخر، التبجح المفاوحة، الإفراط فى الملبس أو المظهر.
شبع بالمنبه	إشعال النيران-بعض حالات السلوك القهرى
تصحيح المتكرر	السلوك الفوضوى
ناد المؤقت	السلوك التخريبى- المشاجرات والعراك الشتائم- التحيب
ليف الإستجابة	نوبات الغضب Tantrums العدوان-السرقة التململ-الإفراط الحركى داخل الفصل الدراسى الجنوح- إشعال النيران- الفوضوية في السلوك.
ريب المهارة(بما فيها تأكيد ت- تدريب المهارات الإجتماعية- الأدوار)	نواحى الضعف فى السلوك الإجتماعى بما فيها الخجل- عدم القدرة على رد الإهانات- التعامل مع العداوة الخارجية-العجز عن التعبير عن النفس.
ب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة	نواحى القصور فى السلوك الإجتماعى- المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التى تحدث بين المراهق وأسرته.

تابع جدول ٧

بيان بأنواع مشكلات الطفل ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١٣- التعديل المعرفي الإنفصال- وتدريب المهارة على حل المشكلات	مواجهة الأزمات الطارئة- المواقف الحرجة مثل الإنفصال- قلق الموت- السلوك الإدماني- مواقف الصراع- المخاوف- العدوان- مواقف التوافق مع الضغوط
١٤- منافع ضبط الذات- الحوار الداخلي مع النفس	الصراعات الإجتماعية- الإندفاع- الخوف- التقاعس عن الأداء الأكاديمي- الإفراط الحركي- ضعف الدافعية للعمل والنشاط .
١٥- التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية و العقاب الذاتي	التبول اللاإرادي- السلوك الفوضوي- زيادة السلوك الإيجابي
١٦- الإتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض	السلوك التخريبي- السرقة- الصراخ- الصراع- رفض المدرسة، أو الهروب منها.
١٧- مراقبة الذات عند ظهور السلوك	زيادة الوزن أو السمنة- الهزال- مشاكل السلوك الوالدي .

تحذيرات وتنبيهات متعلقة بإضطرابات الأطفال

يجب بادىء ذي بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة في وصف طفل ن بالقلق أو الإضطراب النفسي. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو لة تحتاج للعلاج، وما هو شيء أو اسلوب تفرضه متطلبات النمو. من وف مثلا أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات- فيما يوضح لنا علماء النمو- تعتبر من أشق المراحل في تربية الطفل، لما فيها من حركة اط وإستكشاف للبيئة. ولهذا يكون من الطبيعي أن يتسم سلوك الطفل رفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها نوع من التخريب اكية وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا ل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة في هذه المراحل فحسب- نابعة من تشخيصات الاباء وأنزعاجهم ولكنها بالنسبة للطفل طبيعي، وإكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الإستطلاع.

فضلا عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لاتنتج عن الإضطراب ر ماتصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم فإن جهودا كبيرة قد تبذل محاولات العلاج، وإستشارة الخبراء يمكن إختصارها بإعطاء معلومات لة ومفصلة عن كيفية أداء السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات تلفة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضا، أن الغالبية العظمى من مشكلات طفال تكتسب بسبب أخطاء في عملية التعلم أي نتيجة لأخطاء بيئية. الطفل الذي يحاكي مايلاحظه في أبيه أو أخوته من إندفاع أو عدوان، صوات عالية وكلمات نابية لا يدرى أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكا مرضيا شاذا. ولهذا تبين البحوث أن إضطرابات الأطفال تكون تعبيرا مباشرا

عن أخطاء أو إضطرابات فى البالغين انفسهم. ولحكمة ما جرت عادة أن المعالج النفسى لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد فى مشكلات الأطفال إذا ماكان الجو الأسرى نفسه مفعم بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان تشخيص مشكلة الطفل لايجب أن يتم بمعزل عن الظروف الإجتماعية والأسرية، فإن العلاج السلوكى يتطلب أيضا ذلك. ولهذا فإن المعالج النفسى السلوكى يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء والمشرفين على الطفل. بعبارة أخرى، فإن العلاج السلوكى عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهى عملية ممتدة أى أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التى يمضيها الطفل فى العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معا.

ويجد المعالج السلوكى فى أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل بل قد يتطلب علاجا وتعديلا فى سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنح بعض وقته وجهده للأسرة محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

مراجع وتعليقات

1. kazdin, A.E. (1990). Conduct disorders. In A.S. Bellack et al. (Eds.) ***International handbook of behavior modification an therapy***. New york : *Plenum press (PP. 669-706)*.

2- Williams, L. et al. (1993). Pharmacotherapy of aggressive behavior in individual with Mentel Rentel Retardation and Mental Illness. ***Jour nal of Developmental & Physical Disability***. vol, 5,1, 87-94

3- Americom Psychiatric Association (1987). ***Diagnostic and stati tical manual of mental disorders***. 3 rd Ed. - Revised. Washin ton, D.C. : APA.

4- Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack et al. (Eds.), ***International handbook of behavi madification and therapy*** . New York : Plenum press (2nd Ed 547-565) .

5- Levis, D.J. (1990) . The experimental and theoretical foundations of behavior madification. In A.S. Bellack et al . ***International hand book of behavior madification and therapy*** . New York : Ple num Press (2nd Ed., 27-52) .

6- Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear survey Schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, . 2, 27-30.

٧- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) التناول السلوكى لإضطرابات الطفولة والمسلمات الأساسية فى علاجها . *مجلة علم النفس* (مصر) ، ٦٠ ، (ص ص ٦ - ١٦) .

٨- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . موجتان من التطور بحركة العلاج السلوكى . *مجلة علم النفس* (مصر) ٦ ، (ص ص ١٦ - ٢٦) .

٩- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . إجراءات العلاج السلوكى للطفل وخطوات تنفيذه . *مجلة علم النفس* (مصر) ، ٧ (ص ص ٦٠ - ٧٢) .

الفصل الحادى عشر

الإضطرابات العصابية والقلق

تحليل سلوكى للشخصية العصابية

العصابى ذو شخصية تسهل إستثارتها، وشخصية العصابى بهذا المعنى تعبر عن إنفعال المريض بالأحداث التافهة، وتتصف بالمشاعر والأحاسيس المليئة بالتهديد والتشاؤم، والسلوك المتسم بعدم الإستقرار أو التفكير الميال للمبالغة والتطرف.

ويعتبر وجود العصاب الشرط الرئيسى للقلق المرضى. إن العالم الخارجى- فيما يقول العالم النفسى المعاصر "جان داير" John Dyer (١) لايوجد به قلق، ولايوجد به خير أوشر، القلق هو خبرة نخلقها نحن ثم نطرحها على العالم بعد ذلك.

ويعبر الطبيب النفسى " جرينبرج" عن معنى مماثل فيقول: إن أنواع القلق مهما إختلفت تنبع من نفس المنبع الذى يتمثل فى وجود نمط عصابى فى الحياة يتميز بالإندفاع نحو أهداف متعارضة يناقض بعضها بعضا، وبالإتجاه للتعامل مع المستحيل، وبرؤية غير واقعية للعالم الذى نعيش فيه، وبإدراك مشوه لأنفسنا. وهو لهذا يرى أن العصاب هو الشرط الرئيسى للقلق (٢).

أما البرت اليس (Ellis) فهو يرى أن القلق هو هزيمة ذاتية، أى خبرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلاله نفسه بنفسه وهو بهذا يرى ولو بصورة غير مباشرة أن القلق يشترط وجود إستعداد ذاتى للهزيمة وللإنهيار(٤.٣). حتى الأدباء والفنانون إنتبهوا إلى هذا المصدر الذاتى للقلق، نجد جبران خليل جبران يقول: وإذا كان خوف تود أن تبدده، فإنه يتربع فى قلبك أنت، وليس زمامه فى يد من تخاف(٥)

وإذا كان وجود شخصية عصابية لازمة رئيسية من لوازم إثارة القلق وتطوره، فإن القلق يعتبر أيضا سمة رئيسية تصاحب الإضطرابات العصابية حتى التى لا تبدو متسمة بالقلق بالضرورة. فحن نعرف مثلا أن هناك كثيرا من العصابيين يتحايلون على القلق والهروب منه، ويتظاهرون بالإبتسام والتفاؤل إلا أن سلوكهم أبعد ما يكون عن الصحة. من هؤلاء الأشخاص تلك الفئة التى نسميها بالعصاب الباسم أو الهستريا، ويسمون كذلك لأن الشخص يبدو أمام الآخرين أبعد الناس عن القلق والهموم، إلا أن سلوكه لا يمكن أن يكون متزنا أو ناضجا على الإطلاق بسبب تصرفاتهم الزاعقة وشكواهم الجسمية عندما تواجههم أزمة، وتشنجاتهم العصبية عندما يطلب منهم القيام ببعض الواجبات أو المسئوليات الإجتماعية، ومحاولتهم الدائبة للإستحواذ على إهتمام الآخرين، والعطف والرعاية.

وإذا أردنا أن نعرف الشخصية العصابية فمن الأيسر أن ننظر إليها على أنها مفهوم يصف أنواعا معينة من السلوك التى نصفها بالشذوذ

نفعالى والإضطراب النفسى. وثمة مجموعة من الصفات وجوانب من لوك تبين خبرة علماء النفس والمعالجين النفسيين أنها تنتشر بين شخاص العصابيين، وتصف سلوكهم خلال تعرضهم للقلق وما يرتبط به إضطرابات أخرى نوضحها فيما يلى:-

الجوانب الإنفعالية

١- الشخص العصابى من الناحية الوجدانية شخص تسهل إستثارته الياً ، شخص يميل بشدة للإستجابة الإنفعالية البينة ، صحيح أن عال بالناس والأشياء شىء مرغوب وجزء من الطبيعة البشرية فنحن ونسر عندما تحقق هدفا أو رغبة، ونخاف عندما يواجهنا خطر، ى ونشمئز، ونتألم ونحس بالذنب، ونغضب، ونعجب ونحب، هذه كلها لات محمودة ومرغوبة طالما أنها تصدر فى الوقت الملائم. لكن إنفعالات ص العصابى هى غير ذلك . أن ينشط الإنسان، ويعد نفسه لإمتحان ء شىء تتطلبه الحياة الإيجابية، وتفرضه متطلبات التكيف الإنسانى قبل بتعقيداته وتغيراته. أما أن ننفعل بصور تعطل إمكانياتنا الفعلية، ب أجهزتنا النفسية والعصبية بتوتر شديد لا يترك لنا طاقة لمواجهة ف الصعبة فهذه إستجابة عصابية تتشيع لها الشخصية العصابية، تشيع له من إستجابات إنهزامية.

إن السواء يتطلب أن تستغل إمكانياتنا على الإنفعال نحو إستجابات تكيفية تدفع للمزيد من التطور بإمكانياتنا على النجاح والتفوق. لكن الشخصية العصابية تصبح ضحية لما يحكمها من إستثارة زائدة وعدم إستقرار. يرى بيك(Beck)(٦) أن من مآس الإضطراب النفسى هو تلك الإستجابات العصابية الحادة. ونرى من جانبنا(٧) - أن الأوصاف المتعددة التى يصف بها العصابيون أنفسهم مثل:

«أشعر أننى لست أنا»

« أحس أننى فى سجن»

« أشعر أننى شخصية مقيدة»

« إننى ممزق»

« إننى على حافة الجنون»

هذه الأوصاف التى تشيع بكثرة فى أحاديث العصابيين وأحكامهم على أنفسهم هى نتاج واضح لما تلعبه الإنفعالات الحادة فى حياة العصابيين.

وبالرغم من سيطرة الإنفعالات وشدتها، فإن الشخصية العصابية تستطيع أن تواصل العمل والنشاط. والإنفعالات - وما تخلقه من قيود داخلية شديدة وصراعات لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم الشخص من

تبصار حالته. فالشخص العصابى يحس بأنه تعيس، وأن قلقه وفه لا أساس لها، وأن أحزانه على ما فات قد إنتهت وولت. العصابى ذلك ويصف نفسه أحيانا أنه يحتاج لمن يحميه من هذه المشاعر التى ف به على حافة الجنون. وهو فى ذلك يختلف عن المجنون الحقيقى انى) الذى يعيش مع جنونه دون إدراك لخطأ في التصرفات والسلوك د.

٢- والشخص العصابى عادة ما يبنى خطة تكيفه للحياة على أساس ب والتجنب. فالمواقف التى تستثير إنفعالاته الشديدة غير المحتملة ل إلى أشياء كأنها غير موجودة بفعل التجنب. ولما كانت مصادر القلق ف فى حياة العصابيين متنوعة ومنتشرة. فإنهم يتحولون فى النهاية ائنات عاجزة إنسحابية، وتتقلص حياتهم إلى حلقات ضيقة. وقد إنتبه يد » إلى هذه الحقيقة منذ فترة غير قصيرة فوصف حياة العصابيين ا حياة تخلو من الإثارة وتمتلىء بالكف والقيود. وتبين البحوث ة(٨) أن حياة العصابيين تتحول نتيجة للهروب والإنسحاب إلى راب والإنفصال. والشخص المغترب عادة ما يتجه إلى تجنب المشاكل ن مواجهتها. ولهذا يتحول المغترب الى شخص يكتفى بملاحظة الحياة ن أن يساهم فيها بشكل نشط. وإذا كان العصابى يعتقد أنه بتجنبه م قد ألغى هذا العالم فهو على خطأ، لأنه فى الحقيقة قد أبعد نفسه عن الم وأغلق ذاته، وحرمها من إمكانيات التحدى والتطور والإعتراف نصه .

والشخصية العصابية قد تبدو فى الظاهر ومن وجهة نظر الآخرين شخصية هادئة سهلة، يعتمد عليها. وهذا صحيح، لأن كثيرا من العصابيين بإنسحابهم عن العالم ويتتويجهم لأنفسهم كمراقبين للعالم يتجنبون الصراع من أجل المادة أو المركز أو القوة، ويتجنبون أن يطلبوا من الآخرين اسداء خدمة، وأحيانا ما يرفضون حتى الخدمة اذا قدمت لهم لأنهم قد يحتاجوا لرد الجميل، والاعتراف بالعالم والدخول فى علاقات اجتماعية نشطة

٣- والعصابى لا يحب أن يأخذ ولا يحب أن يعطى. ان متطلبات النضوج الإجتماعى تحتاج إلى توازن بين الأخذ والعطاء، وأن نعطى للآخرين باقتناع، وأن نتلقى منهم دون احساس بالذنب أو النقص. وقد تبدو رغبة العصابى فى العطاء على أنها شىء ايجابى ومحمود. والعطاء هو فعلا كذلك لكن رغبة العصابى فى العطاء أبعد ما تكون عن العطاء الناضج، لأن العصابيين يريدون فى أحيان كثيرة أن يثبتوا للآخرين أنهم أفضل وأكثر قوة، وتأثيرا. والعطاء الناضج بالطبع لا يقتصر على العطاء المادى ويتجاوزه إلى العطاء من وقتك، ومشاعرك، واهتمامك بنمو الآخرين. وهناك من البحوث ما يثبت أن من العصابيين من يعجز عن اقامة علاقات اجتماعيا بغيره تقوم على الثقة المتبادلة والتفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء بشكل عام(٩) .

٤- واذا كان الإنسان العادى يستطيع أن يشكل سلوكه على حسب المواقف الإجتماعية التى يمر بها، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير المناسب عن المشاعر، ويطور مهاراته الإنفعالية تبعا لذلك، فان الشخصية العصابية تجد صعوبة واضحة فى التعبير الحر عن الإنفعالات

الحرية الإنفعالية مطلب رئيسى من مطالب الصحة والفاعلية، وتتضمن التعبير الطليق عن المشاعر الايجابية والسلبية على السواء. ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا ايجابيا نشطا بالآخرين، ولهذا فهى تتطلب قدرا من تبادل مشاعر الود أحيانا، والغضب أحيانا أخرى، أو الضيق، أو الاعجاب. وتقل قدرة العصابيين على تبادل المشاعر بسبب عجزهم عن التعبير الحر عن الإنفعالات وتأكيد الذات. ولهذا نجد أن العصابى يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية أمام الآخرين، ويكتم معارضته واختلافه، أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يعجز عن التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشخاص أو الأشياء التى يحبها. ولهذا فان المشكلات الإجتماعية التى يأتى بها العصابيون تتوزع على قائمة طويلة تتراوح بين ذلك الذى يشكو من أنه يتحول إلى شخصية باهتة لا تحظى باحترام الآخرين، إلى ذلك الذى يتحول إلى العدوان الشديد والمشاكسة خوفا من فقدان الهيبة والتقدير، أو ذلك الذى تتذبذب حياته بين قطبى الخضوع والعدوانية.

٥- ويفتقد الشخص العصابى لغة الاتصال الإجتماعى السليم بالآخرين. فى الاتصال الإجتماعى السليم يتبادل شخصان أو أكثر معلومات أو أحاديث، أو مشاعر من شأنها أن تساعد على حل المشكلات وتخفيف الصراع بين الأطراف الداخلة فى عملية الاتصال. أنظر مثلا إلى أى علاقة اتصال اجتماعى كالاتصال الذى يتم بين الأب وأبنائه، أو الرئيس بمرؤسيه، أو الصديق بالصديق، أو الزوجة بالزوج .. فى كل هذه العلاقات قد تحدث خلافات أو صراعات، ويكون من شأن التفاعل السليم أن يؤدى إلى التخلص

من هذه الصراعات، وبالتالى إلى تعميق هذه العلاقات والانتقال بها إلى مستوى ايجابى أفضل. لكن انشغال العصابى بمشكلاته الداخلية ، وسوء تأويله للخلافات عندما تحدث غالبا ما يؤدى إلى انقطاع الاتصال السليم بالآخرين. وهناك نظرية تثبت أن اضطرابات الاتصال لدى العصابيين تظهر مبكرا فى علاقاتهم بالآخرين، وتتخذ ما يسمى بالرسائل المزدوجة. فمثلا يتصرف الزوج مع زوجته بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة أخرى: يغضب عليها ويجرح مشاعرها ويلومها بعد ذلك لأنها اشتكت لوالديها متاعب حياتها الأسرية، والصديق الذى يكلف أصدقائه بعمل أشياء مستحيلة، فاذا عجزوا عن ذلك لامهم لضعف مشاعرهم، والأستاذ التحكمى الذى يطلب من تلاميذه أن يفكروا بشكل مستقل وناقد، فاذا انتقلوا عملا من أعماله أو استقلوا بعمل خاص بهم غضب وشعر بالاهانة من تصرفاتهم، والرئيس الذى يطلب من مرءوسيه أن يساهموا معه فى ايجاد الحلول واتخاذ القرارات الهامة لمصلحة العمل، فاذا فعلوا ذلك لامهم على تعديهم عليه وتخطيهم للأدوار المرسومة لهم. حتى بين الأطفال نجد أمثلة كثيرة تبين مدى التوترات التى يثيرها الطفل العصابى فى علاقاته الإجتماعية مع أقرانه وأسرته. فالطفل الذى يتعالى على أصحابه ويعاملهم بجفوة اذا ما تودد إليه، ويغضب منهم ويخاصمهم اذا ما هجروه، والطفل الذى يعتدى على أخته الصغيرة بالضرب، فاذا تدخلت الأم لحمايتها فلأنها تحبها أكثر منه، والطفل الذى يبكى اذا حرمته، ويبكى اذا أعطيته لأن ما تعطيه له أقل أو غير ما كان يريد ... كل هؤلاء الأطفال يمثلون نماذج جيدة لما نسميه بالسلوك العصابى عند الاتصال بالآخرين.

ولعل السمة المشتركة بين كل هذه الأمثلة هو أن الاتصال الإجتماعى فى الحالات العصابية دائما ما ينتهى بوجود ضحية أو أكثر. فالشخص هنا

يتصرف بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة مختلفة. وبهذا يحول الأطراف الأخرى التى تتفاعل معه إلى ضحايا محكوم عليهم بالفشل مهما كان قرارهم واختيارهم. لكن الشخص العصابى قد يتحول نفسه إلى أن يكون ضحية. ففى كثير من الأحيان نجد أن الناس تبتعد وتتجنب مثل هذا الشخص بسبب محاولاته الدائبة لوضعهم فى مواقف مستمرة من التأنيب واللوم مما تدفعهم لسلوك معه على نحو متناقض. وهنا تتطور وتتفجر المشاعر العصابية من قلق، واكتئاب، ومشاعر بالوحدة والعزلة، والمخاوف الإجتماعية، والتأنيب الذاتى وغيرها من المشاعر التى تبين أنها تشيع بكثرة بين العصابيين.

ونعتقد من جانبنا أن العصابى يعتبر بشكل ما ضحية لتصرفاته الإجتماعية الخاطئة وأن المشاعر العصابية التى تتملكه هى تجسيد قوى لأنواع العقاب الخرجى التى تفرض عليه من جراء سلوكه العصابى مع الآخرين.

أخطاء فى التفكير العصابى

العصاب كاضطراب نفسى، لا يمكن عزله عن الطريقة التى يفكر بها الشخص، وعما يحمله عن نفسه وعن العالم من أراء ومعتقدات واتجاهات. وقد انتبه الفلاسفة والمفكرون منذ القدم إلى أن معتقداتنا تحكم سلوكنا، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الإضطراب والاستثارة، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة هادئة ومتعقلة تصحبه حياة وجدانية

هادئة وسلوك ملائم متزن.

ويعود الفضل لعدد من علماء النفس المعاصرين للتطور بهذه الفكرة الفلسفية وباخضاعها للمحكات التجريبية، بما أثبت أن استجاباتنا الإنفعالية بما فيها القلق العصابى تكون نتيجة للطريقة التى يفكر الشخص بها فى نفسه وفى الآخرين، وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الخارج. حتى الاستجابات العضوية يمكن أن تتغير بتغير اتجاه التفكير. فقد بينت التجارب الحديثة أن الجهاز العصبى يجنح للاستثارة الزائدة عندما كان يطلب من الأشخاص أن يفكروا فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا، بينما يجنح للهدوء والسكون اذا كانت هذه الموضوعات من النوع الساكن أو الحزين.

تثبت دراسة الشخصية العصابية أن الأشخاص الذين يميلون للقلق والإضطراب الإنفعالى عادة ما يتشيعون لاعتناق عدد من الأفكار اللامنطقية، هى التى تقود لأنواع القلق التى يعانون منها (١٠، ١١، ١٢، ١٣).

وقد أوضحنا فى كتاب سابق (١٤) عددا من المعتقدات الفكرية الخاطئة التى ترتبط باضطرابات النفسية والعقلية، وأوضحنا أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به امكانياتها. ولأن الشخص العصابى يتصرف بطريقة غير متعقلة، وغير واقعية فانه يوقع - نتيجة لذلك - الهزيمة بنفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدراته المتعددة. وتوضح هذه الحالة نموذجا طيبا لهذه الخاصية:

«فتاة فى الثانية والعشرين من العمر فى قسم اللغة الانجليزية باحدى

الجامعات المصرية ... كان سجلها الأكاديمى المتفوق وتنشئتها فى أسرة ذات درجة عالية من التفوق والنجاح الإجتماعى .. كان كل ذلك يوحى أنها ستواصل دراستها العليا بنجاح وتفوق ... فتقديراتها كانت دائما فى فئة الجيد جدا .. وقد ساعدها على النجاح والتفوق سفرياتها المتعددة إلى الخارج مع أسرتها التى أتقنت خلالها اللغة الانجليزية حديثا وكتابة، مما يضاف إلى سجل تفوقها فى دراسة اللغة الانجليزية، وبالتالى كل التنبؤات التى نسجت حولها أنها ستكون ذات شأن فى دراستها. ولكنها رفضت بعد تخرجها أن تواصل دراستها لأنها كما قالت تكره الأدب الانجليزى وتجد صعوبة فى دراسة موضوعاته. ورفضت أيضا عملا بدأته باحدى الهيئات الأجنبية، وكان هذا العمل بكل المقاييس عملا مرموقا من الناحية المادية والإجتماعية. وقالت أنها تفضل أن تبقى فى المنزل لاعانة أسرتها.. التى لم تكن فى واقع الأمر محتاجة للرعاية.

وقد كشفت محاولتنا لفهم الدوافع المرتبطة بسلوكها .. أنها لم تكن فى واقع الأمر تكره دراسة اللغة الانجليزية أو الدراسة، ولكنها كانت تخشى من فشلها فى تحقيق الطموح المتعسف للأبوين لاكمال دراستها العليا. بعبارة أخرى كانت تردد بينها وبين نفسها هذه الفكرة: ان والدى يريدان منى أن أكون قادرة دائما على النجاح والتفوق، ولكنها ستكون كارثة لو أننى لم أثبت قدرتى على التحدى والمنافسة والتفوق فى كل الجوانب الممكنة." ولم تكن على غير وعى بأهمية العمل الجديد .. ولكنها كانت تشعر - فيما عبرت - أنها عندما تذهب إلى هناك فى هذا الجو الأجنبى المصطنع تشعر أنها وحيدة ومنبوذة ولا تتوافق جيدا مع زملائها وزميلاتها. لكن اجاباتها عن

أسئلتنا بينت بأن هذا الشعور ما هو الا استمرار لاعتقادها الخاطىء "أن من المحتم أن يكون الإنسان مؤيدا ومحبوبا من الجميع، وأن يؤيده ويقبله الجميع، واذا لم يكن ذلك ممكنا فانها ستكون كارثة ومصدرا لكل المنغصات" بعبارة أخرى لم يكن شعورها العصابى وسلوكها المتطرف الأحمق نتيجة لأنها بالفعل منبوذة وانما لمبالغتها فى ادراك التقبل الإجتماعى من الآخرين، وما تضعه من "حتميات" وقيود على تصرفاتها وادراكاتها للآخرين. وهو ما أدى بعد ذلك إلى محاولة تجنب القلق بالهروب تماما من المواقف التى تثيره.

لقد كانت هذه الفتاة فى حاجة إلى أن تعرف أن سلوكها الأحمق أحيانا، ما هو الا نتيجة لمعتقدات غير عقلانية فى إمكانياتها وقدراتها وكانت تحتاج إلى أن تعرف أن رفضها للدراسة والعمل ما هو الا تعبير عن مخاوف لا منطقية تسندها اعتقادات خاطئة. وكان يجب أن تتشجع على مواجهة مخاوفها ومصادر هذا الخوف بدلا من الهروب والتجنب. ولو كانت تتلقى علاجا نفسيا لكان من الضرورى أن تستبدل فكرتها أنها يجب أن تنجح دائما وأن تكون قادرة على التحدى والمنافسة فى كل الظروف، بفكرة أخرى مقبولة وصحية كأن تنظر للعمل والدراسة على أنها ليست مواقف منافسة بل هى مصادر للاشباع النفسى وتحقيق الذات، والمتعة فى التمكن من أداء شىء باتقان. أما اعتقادها الآخر بأن من المحتم أن تكون محبوبة ومقبولة من جميع الزملاء والزميلات فيجب أن تستبدل باعتقاد أسلم لصحتها النفسية والعقلية كأن تؤكد على احترام الذات بالإضافة «للحب» أو تقديم الحب بدلا من « توقع الحب »، واتخاذ رؤيا ايجابية للعلاقات الإجتماعية فى ميدان العمل تمكنها من التفاعل بالزملاء والزميلات بقدر

معقول ومرتبط بأهداف عملية محددة (انجاز العمل، الترقية، تحسين بعض الخدمات .. الخ). كانت تحتاج ببساطة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية التى تحكم سلوكها وتصرفاتها، وأن تحددها تحديداً دقيقا، ثم أن تعمل على مواجهتها وتحديها بعد ذلك وبصورة دائمة تمكنها بعد ذلك من التطور بسلوكها إلى الصحة، والفاعلية والمواجهة، بدلا من القلق، والهروب، وتجنب الفشل.

والمبالغة خاصية أخرى تميز تفكير العصابيين، وتظهر المبالغة فى إضفاء دلالات مبالغ فيها عند التعامل (أو الاقبال على التعامل) مع العالم أو الواقع، وذلك كتصور الخطر والدمار. ومن الثابت أن المبالغة فى ادراك العالم وتصور أنه ملىء بالخطر يميز الأشخاص المصابين بالذات بحالات القلق. فالشخص القلق يتوقع دائما الشر لنفسه ولأسرته، أو لممتلكاته، ويتوقع أن يفقد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته. والشخص القلق يبالغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو زملائه، أو أسرته. فتأخر الأطفال فى المدرسة قد يفسر على أن خطرا قد لحق بهم، ومرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت، وحديث ايجابى (من قبل الزوجة أو الزوج) عن شخص آخر قد يعنى أنها كراهية لنا أو تحقير، وتجاهل الآخرين لنا (ولو كان غير مقصود) وعدم مبادلتنا التحية، يعنى احتقارا لنا، أو مؤامرة تحاك ضدنا، وألم فى الصدر أو نوبة برد مفاجئة قد تفسر على أنها مرض خطير أو أزمة قلبية.

فضلا عن المبالغة هناك التعميم من الجزء إلى الكل. ويعتبر التعميم المتعسف من حادثة جزئية إلى حوادث أخرى من الأخطار الفكرية التى تبين أنها تلعب دورا حاسما فى حالات العصاب. فاذا فشل العصابى فى تحقيق

هدف ولو صغير فإن هذا قد يعنى لديه : "أننى انسان فاشل لا يحسن التصرف" ويعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى" :أنه لا توجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة" ويعتبر التعميم الخاطىء أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة. اكتساب الخوف من حيوان معين، أو حشرة يتعمم بعد ذلك على كل الحيوانات أو الحشرات المماثلة، وعلى الأماكن المختلفة التى تشابه الأماكن التى حدثت فيها هذه الخبرة المخيفة. وقد بين «واطسون» فى تجربة رائدة له (١٥) أن تعريض الطفل لتجربة مخيفة مع فأر، بدأ يتعمم على كل الأشكال ذات الفراء المشابهه له كالأرانب، والكلاب، حتى المعاطف الفرائية، واللعب الفرائية تحولت إلى مصدر للخوف والرعب.

المبالغة والتعميم لو أنهما لازمتان من لوازم الشخصية العصابية الا أنهما لا يكفيان للوصف الكامل للتفكير العصابى. فلابد أن يوجد معهما ما يسمى بالتوقعات السلبية السيئة. وبدون وجود توقعات سلبية يصعب وصف الشخصية بالقلق أو الإكتئاب. فأنت قد تجد شخصا يميل للتعميم والتطرف لكن توقعاته تميل للتفاؤل والايجابية. وهنا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية. قد نصفه بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس. فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص.

وقد بين Beck(١٦) أن التوقعات التى يتبناها العصابيون تميل إلى السلبية والتهديد. ويصف « البرت أليس » (١٧) التفكير العصابى بأنه تفكير « "كوارثى» catastrophic أى أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأسوأ الأمور حتى وان كانت الحادثة أو الخبرة التى تثير هذه التوقعات ليست

ورة على هذا القدر السيىء. وقد رأينا نموذجا لهذا فى حالة الفتاة فضت عملها ودراستها خوفا من الفشل المتوقع واحساسها بمصيبة شل وخيبة الأمل.

بالإضافة لهذا تميزت اتجاهات العصابيين نحو أنفسهم ونحو الأخرين ن الخصائص الفكرية والتى منها:-

(١) **الميل إلى ادانة الأخرين** ولومهم عندما لا تسير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسير فيها. فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد الهامة ويرده إلى الزحام وسوء المواصلات، واذا حدث وأن أصاب نفسه أو تعرض لحادثة أو جرح فان انشغاله بالأولاد هو السبب. وقد عرفت زميلا كان يعزو كل فشل يمر به إلى عدم تعاون أصدقائه وأصحابه معه - والطفل العصابى يتهم والديه بعدم الحب كلما بدأ أنهم يلومونه أو يوجهون له النصح. وهناك من الأمهات من توجه اللوم إلى زوجها وأطفالها عندما تحبط رغبتها أو أمالها فى التقدم والارتقاء. والطالب الذى يعزو فشله لتعنت أساتذته وعدم رأفتهم وتقديرهم لظروفه الخاصة.

(٢) **أخطاء الحكم والاستنتاج** : فى الكثير من حالات القلق يكون الإضطراب ناتجا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أونتيجة لوجود سياق مختلف. فالشخص العصابى الذى قد يعزف عن التقدم لعمل جديد ومناسب لأنه قد رفض فى عمل سابق يقوم بعملية استنتاج خاطئة عندما يرى أن امكانياته ومواهبه لا تتناسب مع العمل الجديد. والطالب الذى ينهره أستاذه بسبب سوء التصرف فيعزف عن الدراسة والتكريس

يقوم بعملية استنتاج خاطئة اذا كان السبب في عزوفه عن الدراسة نابعا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته. والفتاة التي تعزف عن الزواج بعد أن هجرها خطيبها تقوم بعملية استنتاج عصابية خاطئة اذا كان عزوفها عن الزواج يرتكز على فكرة متطرفة عن «خيانات الرجال وجبنهم» .

ولا يطور الشخص العصابي امكانياته ومواهبه وينميها على نحو منظم يمنح حياته شيئا من الاستقرار. بل يتجه بدلا من ذلك إلى التطور بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام، فتتأرجح حياته بشدة بين صورته المثالية عن نفسه وامكانياته، وواقعه الحقيقي وامكانياته الفعلية. ولا يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة اما شخص مثالي كامل أو لا شيء. ان الشخص العصابي فيما يرى جرينبرج (١٨) لايستطيع ببساطة أن يكون مجرد انسان عادي أو فاضل، بل يجب أن يكون بين الأفاضل قديسا. ولا يستطيع أن يحتمل مواقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق ما يريده، لأن ما يريده في الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم الجميع في كل الأشياء. العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفي، لأن أي عمل يعمله يجب أن يكون كمالا كله ونجاحا مطلقا. وهو لا يطلب الكمال من نفسه، بل يطلبه من كل الآخرين الذين يحتكون به من أفراد الأسرة أو الزملاء والأصدقاء.

ولهذا تبين بحوثنا أن العصابيين أميل إلى التطرف في الأحكام والتصرفات من العاديين. فالأشياء اما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة. ولما كان الواقع مختلفا عن التصورات المثالية الكاملة التي يتبناها العصابيون عن العالم فان حياتهم تمتلئ

باط، والاحساس بالفشل، وخيبات الأمل ولما كان الكمال تصورا مثاليا
ـ في الواقع، فان الآثار التي تصيب العصابي نتيجة لرغباته
ابية في الكمال تكون وخيمة، وتتميز بكثير من حالات الإكتئاب،
صال التدريجي عن الآخرين وطرح المسؤلية على الناس وعلى أفراد

القصور فى أساليب التفاعل الإجتماعى والافتقار للمهارات الإجتماعية

تتخذ الشخصية العصابية أنماطا مختلفة من حيث أساليب التفاعل الإجتماعى مع الآخرين، فمن العصابيين من يجنح للعداوة والكراهية، ومنهم من يتجه بدلا من ذلك إلى الخضوع والانصياع، ومنهم من يتجنب كلا السبيلين باتخاذ أسلوب اللامبالاة والانفصال.. ولهذا فمن الأفضل أن نحدد هذه الأنماط وفق الأنواع الآتية:

النمط العصابى - الانصياعى conformist أشخاص هذا النمط يحتاجون دائما إلى التأييد ومعاضدة الآخرين. والشخص الانصياعى عادة ما يثق فى الكثير من الناس بسرعة وبدون اختبار لنواياهم. ولهذا فقد يتحول أحيانا إلى ضحية وموضوعا لاستغلال البعض وتحكماتهم . وقد يتوهم البعض نتيجة لهذا أن الانصياعى انسان يحب كل شخص يراه وكل شخص لم يراه. لكن حب الانصياعى فى حقيقة الأمر حب لا يرتكز على مفهوم ناضج لمعنى الحب لأن ما يحكم سلوكه هو حاجته الشديدة لأن يكون مقبولا من الجميع ومؤيدا من الجميع. ومن الصحيح أن العصابى-الانصياعى قد يهدأ وتسكن نفسه عندما يعبر له البعض عن الحب والتقبل، لكن حاجته العصابية للحب لا ترتوى، ومجهوداته المضنية فى البحث عن الآخرين لا تتوقف .

ولأن العصابى-الانصياعى يجعل غايته الكبرى فى ارضاء الآخرين واكتساب حبهم فانه يخاف العدوان ويهرب من المنافسة، ويصعب عليه أن يختلف أو يدافع عن أفكار متعارضة مع ما يريده الآخرون، ولهذا فانه يتحول إلى شخصية باهتة لا يعمل لها كثير من الحساب.

الاختلاف السليم مع الآخرين مطلب من مطالب التوافق ويؤدى إلى تواصل جيد، وفهم أفضل، واحترام متبادل. لكن الشخص الانصياعى عادة ما يضحى بكل ذلك لأنه يخشى الاختلاف ويخشى المعارضة. ومن المؤكد أن كثيرا من المشكلات التى يتعرض لها العصابيون الانصياعيون فى مجالات العمل والأسرة تكون نتيجة لذلك. فلأن النجاح فى العمل يحتاج درجة من العدوانية وتأكيد الذات والمعارضة، فان العصابى الانصياعى لا يتفوق فى عمله بالشكل الذى يتناسب مع مجهوداته وأدائه. ويصعب عليه أن يحتل موقعا قياديا لأنه بدلا من أن يتجه للمبادرة ينتظر من الآخرين التوجيه، واعطائه الاذن قبل أن يبدأ عملا أو يتخذ قرارا. وأنت ان شئت أمثلة على هذا النوع فستجدها ان أمعنت النظر فى كثير من النماذج الشخصية المحيطة بك. ستجدها فى الموظف البيروقراطى الذى يخشى أن يسمح لنفسه بأداء عمله دون أن يتأكد مرارا ومرارا من أن رئيسه يتفق معه ويوافق على أى عمل يعمله. وتجدها فى الشخص الذى يحاول أن يوفق دائما بين الآراء المتعارضة ولا تعرف أين رأيه لأنه يخشى ان عبر عن رأيه أن قد يخسر أحد الطرفين. وتجد أمثلة على هذا النوع فى الشخص الذى يسرف فى الحديث عن الحب والمودة اذا بدأ أن خلافا سينشب بينه وبين الآخرين، أو اذا أراد أن يحل خلافا بين شخصين متعارضين. والشخص

الذى يبحث دائما عن شخص قوى يحميه، ويتحول إلى تابع له يردد آرائه وأفكاره يعتبر أيضا نموذجا طيبا للعصاب الانصياعى. ويحسن أن نميز بين الموافقة مع الآخرين كأسلوب اجتماعى ناجح وبين الانصياع العصابى. ففى كثير من الأحيان تتطلب الحكمة أن نوافق على بعض الآراء المعارضة، طالما أن هذه الموافقة عادة ما تكون مرتبطة بأهداف أبعد (كالحصول على ترقية مثلا، أو اعتراف بقيمة عمل، وتجنب صراع غير ضرورى)، وعادة ما تكون موقفية. لكن الانصياع العصابى عادة ما يكون نتيجة لعوامل ودوافع شخصية، أى كتعبير عن العجز الشخصى فى اتخاذ مواقف معارضة، وعادة ما يكون دائما، كسمة عامة ودائمة فى الشخصية وغير مرتبطة بمواقف محددة.

العصابى - العدائى :Hostile

اذا كانت المعارضة مطلبا صحيا فان العدوان لا يعتبر مرادفا دقيقا للمعارضة. فالمعارضة والاختلاف مع الآخرين شيئان تفرضهما ضروريات الاتصال الإجتماعى السليم وتحقيق الأهداف الشخصية فى النمو والنجاح. أما العدوان-اذا تحول إلى سمة شخصية دائمة-فانه عادة ما يؤدى إلى عكس ذلك تماما: أى إلى تعطيل الاتصال الإجتماعى وبالتالى عرقلة الأهداف الشخصية فى النجاح والتقدم. وهذا عين ما يشيع بين أشخاص هذا النمط العصابى، العدائى. فالشخص العدائى يجد فى هزيمة الآخرين وتحديهم ومعارضتهم اشباعا وتأكيدا لقوته وسلطته. ولهذا فهو يشعر بالزهو وبالراحة النفسية كلما تحول من نصر إلى آخر. ولأن شعوره بالزهو

بالانتصار يتوقف على ابتاع الأذى وعلى تألم الآخرين، فان معاركه مع الناس لا تنتهى. فهو شخص "مشاغب" بالمعنى الدقيق الكلمة لأن معاركه متعددة وأهدافه من هذه المعارك غير واضحة.

وبالرغم من الاختلاف الظاهرى بين العصابى - العدائى والعصابى - الانصياعى فانهما يتشابهان من حيث أن كليهما يدرك الناس من خلال احتياجاتهما الشخصية. فالانصياعى يدرك الناس من خلال حاجته للتأييد والمساندة، أما العدوانى فيدرك الناس من خلال حاجته للمنافسة من أجل المنافسة والتحدى من أجل التحدى.

والعدوانى لا يثق فى الناس ويفسر تصرفاتهم على نحو يثير شعوره بالتهديد والخوف. والنمط العدائى يتجه - نتيجة لخوفه من التهديد - إلى الهجوم المبكر اذا ما أحس بأى علامات لذلك. ولأن تفسير العدوانى للمواقف المختلفة دائما ما يتسم بالتهديد والصراع، فانه يفسر كثيرا من الأشياء المحايدة كاختلاف الآخرين معه على أنه هجوم شخصى عليه، ولهذا فهو مهاجم ويعادى حتى الأشخاص الذين لا تكون فى نواياهم معاداته أو الهجوم عليه. وخصومه لهذا كثيرون، ويصعب حتى على المقربين منه (كالزوجة أو الأولاد) أن يرتبطوا به ارتباطا انفعاليا دافئا.

والحياة الإجتماعية للعصابيين - العدائيين حياة اجتماعية ضيقة، يصعب عليهم تكوين علاقات دافئة وتغلب عليهم الوحدة والانعزال، وقد يحدث أحيانا بسبب فرديتهم الشديدة وتأكيدهم الدائم لتفوقهم وتعاليهم أن يجتذبوا بعض المعجبين، لكن الغالبية العظمى من الناس تتجنب هذا النمط

وتحاشاه. ولهذا تنتهى حياتهم بالعزلة الكاملة، الا اذا استطاعوا التعديل من أنماط سلوكهم ونجحوا فى التغلب على مشكلاتهم الإنفعالية التى تسم تصرفاتهم بالاعتداء والمواجهة الصارخة.

ونجد أمثلة متعددة لهذا النمط فى شخصية مدير العمل الذى يقسو ويعنف على من حوله خشية من أن يهتز مركزه، والأستاذ الذى يتخذ من سلطته العلمية أداة للسيطرة والتحكم فى تلاميذه، والجارة التى تتنقل من معركة إلى أخرى مع جاراتها، والأب الذى يتخذ من دوره الأبوى أداة لقمع حرية أبنائه وسلوكهم.

ثلاثة محاور سلوكية فى علاج القلق والتخلص من الأزمات

هدفنا هنا هو أن نعرض للقارىء العربى منهجنا الرئيسى فى لعلاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره. وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارىء العام من ممارستها اذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو لاستشارات النفسية الموجهة.(١٩، ٢٠، ٢١)

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتماثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا وتحليلنا للسلوك العصابى. فالقلق يرتكز – فى وجهة نظرنا على

س المحاور العصابية، فهناك أولا: **التغيرات الإنفعالية** غير السارة ى تصحبه والتى تأخذ أحيانا شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية به بالتغيرات التى تصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، غثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، تصلب ضلات الظهر، وازدياد "اللازمات" الحركية فى الوجه أو اليدين .. الخ. ناك ثانيا: **الجوانب الذهنية** والفكرية أى مجموعة الأفكار والحجج معتقدات التى يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف التى بها الشخص. وتتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، اك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمهور المعالجين النفسيين ف فكر الشخص فى حالات القلق باللامنطقية واللاعقلانية. وهناك : **القصور فى السلوك الإجتماعى** الذى يصف الشخص القلق فى اته اليومية كالخجل، والانزواء، والتردد، وتجنب الآخرين.

لأن هذه المحاور تتفق فيما بينهما فى إبراز القلق وتعميقه، وتطويره شخصية حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فان المواجهة الناجحة النفسى والعلاج الفعال للقلق يجب فى تصورنا أن تجسد هذه الرؤية ة فتتجه جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معا حدة. وفى بعض الحالات الفردية من القلق تسيطر أحد هذه الأبعاد أكثر من الأخرى - فقد تكون مثلا بعض المواقف الخارجية شديدة والامتهان - بصورة تؤدى تلقائيا إلى اثارة الإضطرابات فى المناطق ى من الشخصية : الإنفعالية والذهنية والإجتماعية .. فى مثل حالات يجب بالطبع توجيه جهد أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل

انب الأخرى. فالعلاج الطبي بالعقاقير مثلا يكتسب أهمية خاصة عندما مصادر الإضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستثارية الإنفعالية في جهاز العصبي. ومن ثم يكون البدء بالعقاقير المهدئة لنشاط الجهاز عصبي ضرورة، حتى تتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخرى من خصية بما فيها تدريب الشخص على السلوك الإجتماعي المرن والفعال، ويده تدريجيا على ضبط انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول إذن أنه اذا كان القلق يعبر عن نفسه بلغات ثلاث تعددة، فان من المنطقي أن يكون العلاج النفسي الفعال هو ذلك الذي ستطيع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة بالتعديل والتغيير. وما سنعرضه وسائل فنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التي سم بالفاعلية والنجاح وتمثل في مجموعها منهجا أثيرا لدينا في علاج ثير من حالات القلق والتوتر النفسي. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج عدد الأبعاد والمحاور لأن بنيته الأساسية هي علاج الإضطرابات النفسية جوانبها الإجتماعية، والإنفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية شعة.

واجهة مواقف التهديد :

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسير مع القول الشائع ما يك منه الريح سده واستريح» وجريا مع هذا القول يستجيب الناس للقلق حاولات انسحابية وهروبية وذلك بتجنب المواقف التي يدركونها على أنها صدر للقلق والانزعاج. ويرتكب الناس بهذا السلوك «التجنبي» الهروبي

كبيرا من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك ما يشير إلى أن الهروب من كلات يبعد الشخص عن البحث النشط للحلول الايجابية والفعالة، وهناك ما يشير إلى أن تجنب المواقف التي تثير القلق- يضيق تدريجيا من ص الشخص في النمو، ويؤدي في النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث الإضطراب الإنفعالي والتوتر. بعبارة أخرى فان حل المشكلات وب منها بدلا من مواجهتها لا يكون علاجا الا في المواقف التي يصعب تعرض الشخص لها وهي نادرة للغاية. ولهذا يعتبر ما يسمى بطريقة عويد» التي ولجت حديثا ميدان العلاج النفسي السلوكي من أنجح ات والأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لتشجيع ابي على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحيد مشاعر المريض نحو هذه ف وتتناقص استجاباته الإنفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب **التعويد** Habituation باستخدام **المنهج التدريجي**. لعلاج التدريجي فيما شرحنا من خلال تعريض الشخص تدريجيا، ة بخطوة للمواقف التي ندركها على أنها مثيرة للقلق والخوف. ومن وزيف ولبي Wolpe[٢٢] الطبيب النفسي المعروف أن التعرض ريجي للمواقف المثيرة للقلق – اذا ما استخدم مع أساليب أخرى سترخاء العضلي – من شأنه أن يؤدي إلى تبدد القلق واختفاء الكثير من وفنا اللامنطقية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت "لازاروس- " مساهم مع «ولبي» في كتاباته المبكرة ثم انشق عليه فيما بعد – أن ض التدريجي وحده كفيل بأن يؤدي إلى نتائج علاجية ناجحة. وقد ي حديثا أن أستخدم الأسلوب بنجاح مع محاضر شاب باحدى

الجامعات العربية – اثر عودته من الخارج – للتغلب على القلق الشديد الذى كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا فى ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج وبوضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه بدءا بأقلها اثارة للتهديد (أسبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطا بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريبه تدريجيا على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهائجة وتحييد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريبه المستمر على الاستعداد للمحاضرات وللمواقف الإجتماعية المماثلة بما فى ذلك النقاط التى سيتعرض لها وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحة التى سيملأ بها الثغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد ٤ جلسات ليعبر عن مدى سروره لأول مرة فى حياته – بعد الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابه وتكوين علاقات اجتماعية سهلة بهم.

ويفضل ستامفل(٢٣) Stampfle أن يكون التعرض لمصادر التوتر كليا ومرتبطا بكل الثورات الإنفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوبا معروفا يطلق عليه الغمر الإنفعالى Flooding أو التفجير العلاجى Implosive therapy. وبالرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفا لقواعد التعرض التدريجى، فانه يقوم على نفس البديهة التى تحبذ المواجهة بدلا من التجنب وتتلخص هذه الطريقة فى تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد فى أقصى صوره الممكنة ولأطول فترة. ويثبت "ستامفل" أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بإعمال الخيال والتصور الذهنى الحى – من شأنه أن يؤدى إلى التخفف تدريجيا من القلق المصاحب لهذه المواقف

أن يتلاشى تماما. الا أن أيزنك(٢٤) – من بريطانيا – يثبت أن التعرض
واقف المهددة فى كليتها يؤدى بالفعل إلى التخفف من القلق اذا استمر
التعرض لفترات طويلة، لكنه قد يؤدى إلى نتائج عكسية اذا تم لفترات
يرة ومفاجئة. ولهذا – وتأكيدا لنظرية أيزنك – نجد أن العصابيين (الذين
م حياتهم بالقلق الدائم غالبا ما يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة
ب ما تثيره لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرون على مواجهة هذه
ف اذا ما أتيحت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتهيؤ.

وكلا الطريقتان – التدريجية والكلية – تهدفان – على أية حال إلى
ب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات
احبة لها. الا أن التعرض التدريجى – فيما تبين خبرتنا الاكلينيكية –
ح ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون
تجابة لها حادة وتصل لما يسمى بالفزع. فى مثل هذه المواقف تصعب
هة بالغمر الإنفعالى، ونجد أن المرضى أنفسهم يقاومون ذلك المنهج الا
ان بالامكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتمهيد للدخول فى
على أن فوائد العلاج بالغمر تكون ملموسة خاصة فى الحالات التى
فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أى ما يسمى بلغة علماء النفس
حالات عصاب الوسواس القهرى (اللوازم الحركية والرعشات
النظافة المبالغ فيها .. الخ). ولهذا نستخدم هذا المنهج فى علاج
التهتهة، الرعشات اللاارادية فى اليدين أو مناطق الوجه، قضم
ر، طقطقة الأصابع .. الخ فى مثل هذه الحالات وعندما تفشل
لات الضبط المتعمدة، يجب تشجيع الشخص على اثارة هذه الجوانب

من السلوك بدلا من محاولة تجنبها وأن يطلب منه أن يستمر في ممارستها اراديا لفترات طويلة يوميا .. (مثلا عشر مرات أو أكثر في اليوم لمدة ١٥ دقيقة). لقد تمكنا باستخدام الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على التخلص من ارتعاشات غير ارادية محيطة بمنطقة العين اليمنى خاصة في مواقف التوتر الإجتماعي. لقد طلبنا منه أن يمارس عمدا هذه الارتعاشات في منزله لمدة عشر مرات يوميا تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها باثارة هذه الارتعاشات بأكبر قدر ممكن. وقد كانت دهشته بالغة عندما لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه الحركات القهرية تماما بنهاية الأسبوع الثاني.

عندما يكون القلق تعبيرا عن حدة الانفعالات والتوتر والاستثارة :

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الإنفعال الشديد، والتوتر العضلي ووراثة جهاز عصبي سريع الاستثارة (المصور الإنفعالي)، فان العلاج الطبي باستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج وأكثرها انتشارا على الاطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد بالفعل على تهدئة ثورة الإنفعالات الداخلية. لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجا نفسيا، ومن المعروف أن هناك آثار جانبية سيئة له كالإدمان أو الإفراط يمكن أن تتطور لدى المريض خاصة اذا لم يكن تحت اشراف طبي مباشر، فضلا عن هذا فان من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف الشخص عن التعاطي، ولهذا فاننا نجد - من جانبنا أن بالامكان مواجهة

انب الإنفعالي من القلق بمناهج سلوكية من أبرزها ما يسمى بمنهج سترخاء (الفصل الخامس). لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلي يقة منظمة عضلة عضلة أصبح الآن منهجا أثيرا للتغلب على التوترات لية المصاحبة للقلق. ان هناك الكثير من الأعراض البدنية المصاحبة أصبح الآن ممكنا علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر قان القلق، وارتفاع ضغط الدم، وآلام الساقين والذراعين وغيرها من وى الدالة على التوتر العضلي والنشاط العضوي المفرط لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة أو الجلوس في مكان هادئ قليل الإضاءة والضجيج من شأنه أن يؤدي إلى تغيرات ية ملطفة.

وفضلا عما للإسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام فانه م بمصاحبة العلاج التدريجي للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية رات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج في علاج حالات القلق ى كالقذف السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بارخاء زاء السفلى من الجسم والساقين في الدقائق الأولى السابقة على ال الجنسي.

ل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية :

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التي يفكر شخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التي يتفاعل معها من معتقدات. ولهذا نجد أن "اليس[٢٥] Ellis " و"بيك[٢٦] Beck "

الأمريكيين يشيران بوضوح إلى أن القلق العصابي يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص في نفسه وفي الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة، لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المحور الذهني وهو محور يحظى باهتمامنا خاصة عندما يكون الشخص من النوع الذي يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيار والكوارث. ولعلاج هذا الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية في الموقف وفي نفسه وفي امكانيـاته ويقترح "مايكنباوم(٢٧) Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامي للشخص في حالات القلق في أن ننبهــه إلى الأفكار والآراء التي يرددها بينه وبين نفســه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد. ان من رأى هذا العالم أن القلق الذي ينتابنا من المواقف المخيفة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به نواتنا من اخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهجا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية:

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذي يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.

(٢) اقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة ان الموقف الذي يثـ مخاوفك الآن سينتهي حتما.

(٣) القاعدة الثالثة هي أن تقل لنفسك بأن التخلص من كل المشاعر المكدرة والتوترات المرتبطة بالقلق تماما أمر صعب. اذ لابد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا.

وثمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية ـو النفسي بين القلقين. فالحوار المنطقي العاقل مع النفسي، ودحض أفكار الخاطئة التي تثير المخاوف والإكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن واقف التي نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبي للمشاعر التي ملها الآخرون عنك، وتعويد النفسي على التفكير في نقاط القوة عند صدى لحل المشكلات الإجتماعية والعاطفية. كل ذلك ينطوي نون شك على انيات هائلة في تعديل الإضطراب النفسي والقلق.

يب النفس على الحرية والتلقائية الإجتماعية :

أما من حيث الجانب الإجتماعي، فمن المعروف أن السلوك الإجتماعي خص القلق يتسم بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالإنصياع يد، والعدوان، والخجل، والاندفاع، التحدي أو تجنب المشاكل والهروب . وقد بينا في احدى الفصول السابقة عن العلاج السلوكي أن هذه انب بالرغم من التناقض الظاهر بينها يمكن فهمها في ضوء ما يتسم سلوك العصابي من قيود انفعالية تكبل تلقائيه الشخص وحريته في تجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد في الوقت الحالي – أدلة قوية تثبت أن قيام الشخص القلق ير عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والإجتماعية

الملائمة من شأنه أن يؤدى إلى تضاؤل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب باهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول الهامة فى كتب العلاج السلوكى الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تاكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الإنفعالية. ويقوم هذا المنهج على بديهة علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الإجتماعية المثيرة للخوف والإنفعال والقلق وأنت تعرف مسبقا ما الذى ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وإدراكك لحقوقك والتزاماتك ازاء هذه المواقف، فان من الطبيعى أنك ستكون أكثر هدوءا وقدره على التحكم فى انفعالاتك عند مواجهتك اياها.

فضلا عن هذا، ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا نشطا بالآخرين، ولهذا فان العلاقات الإجتماعية السليمة تحتوى على مزيج من الإنفعالات المتنوعة بما فيها الغضب أحيانا، تبادل مشاعر الحب والود أحيانا أخرى، اللوم، الاعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلق على تبادل المشاعر تقل فى المواقف الإجتماعية نتيجة لما يؤدى اليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص فى مواقف القلق يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعرة الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها .. ومن ثم تجيىء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الإنفعالات بجوانبها الايجابية (الحب والاعجاب مثلا) والسلبية (الغضب والعدوان والرفض). ان حرية التعبير عن الإنفعالات والقلق لا يجتمعان معا. ويتعارض التعبير بحرية عن الإنفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الإنفعالى بأساليب أخرى متنوعة مثلا التدريب على تتطبيق المشاعر(٢٨) والتعبير عن أى انفعال بكلمات ية منطوقة. وينصح المعالجون أيضا بأن يتشجع الشخص على احداث جابات بدنية ملائمة للانفعال، فاستخدام الاشارات والحركة الوشيقة، كل ملامح الوجه بطريقة ملائمة، والاحتكاك البصرى المناسب من ها جميعا أن تتضافر لاحداث الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل ماعى بما يخفف من أثار القلق والإضطراب.

ويثبت "باندورا" (٢٨) أن كثيرا من استجاباتنا المرضية والسوية ب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أى القدوة. لهذا فان من الممكن القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الإجتماعية الضرورية للنجاح لال ملاحظة الآخرين أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات واضح. ولهذا فان من الثابت أن القلق يختفى فى بعض المواقف ماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلا) عندما نسمح للشخص أن هد أشخاصا يؤدون هذا الموقف بنجاح فى أفلام أعدت خصيصا لهذا ض. ومن ثمة قد نستخدم ما يسمى بأسلوب تمثيل الأدوار كطريقة من لاج. فاذا تاتى للشخص أن يقوم بتخيل المواقف المهددة، ثم أن يمثل سه – أو مع معالجة – الموقف كما يوده أن يحدث، مرات ومرات حتى ه فانه سيكسب كثيرا من القدرات إلى ستمكنه من مغالبة القلق عند جهة الفعلية للموقف المهدد

قاســم مشــترك :

ان الأساليب التى عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها فى مبدأ عام وهو أن مغالبة القلق تأتى بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسى منذ قرون نجد أن أنجحها هى تلك التى تخطط للتعرض ومواجهة القلق. ان مخاوفنا ومصادر القلق لدينا ستختفى ما أن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التى أشرنا اليها سابقا ما هى الا طرق لمواجهة القلق والتعرض له فى الجوانب الثلاثة التى سبق الاشارة اليها. ولكى نضمن أكبر قدر من الفاعلية فى استخدام هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

- التعرض لمواقف القلق مطلب ضرورى للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلى، فإن النتيجة واحدة. الا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة باثارة القلق.
- كلما كان التعرض للمواقف الإنفعالية مبكرا ولفترات طويلة كلما كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار فى مواجهته حتى يتلاشى دائما.
- ان القلق الذى يحدث خلال العلاج فى المواقف التدريجية أو مواقف التفجير الإنفعالى لا يؤدى عادة إلى نتائج أو مضاعفات. ولا زال بعض الأطباء والمعالجون حتى الآن يترددون فى السماح لمرضاهم

بالدخول فى مواقف تثير القلق وذلك خشية من الاصابة بمشكلات فعالية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه ضاعفات. بل يوجد ما يدل على أن نوبات الفزع التى تتم فى واقف الفعلية من خلال التعرض للخطر فى موقف العلاج تكون ل من السابق وهناك ما يدل على أن اثارة القلق بشكل مقصود ، مواقف التدريب والعلاج النفسى لا يؤديان الا إلى تقليل باهت بات الفزع الحقيقية التى تصيبنا فى هذه المواقف الفعلية.

الخلاصة

الشخصية العصابية مفهوم يصف أنواعا من السلوك الذي يتسم
ة الاستثارة الانفعالية وتجنب المواقف التي تستثير الانفعالات ويجد
من العصابي صعوبة واضحة في التعبير عن الانفعالات (عدا القلق)،
د لغة الاتصالات الاجتماعي القائم علي الأخذ والعطاء ، ولايمكن عزل
ساب -كاضطراب نفسي- عن الطريقة التي يفكر بها الشخص
صابي ، حيث تبين أن العصابيين عموما يميلون للمبالغة والتهويل
جس واللاعقلانية والتطرف.. وتساهم هذه الخصائص السلوكية فيما
في التحويل الشخص العصابي إلي الاضطرابات النفسية الشائعة بما
ها الخوف، والقلق، والوساوس ، والانتقاد إلي تاكيد الذات والحرية
عالية ويقدم هذا الفصل عرضا للأساليب السلوكية الحديثة في علاج
طرابات العصابية بالتركيز علي القلق. وقد تناولنا هذه الأساليب من
، التركيز علي الجوانب المختلفة التي تصف الاضطراب العصابي. ومن
جد القارىء عرضا للأساليب السلوكية الفعالة ومن أهمها: أساليب
عويد والتدرج في مواجهة مواقف التهديد ، والغمر الانفعالي ،
استرخاء العضلي، والعلاج المعرفي لتعديل أخطاء التفكير وتشجيع
قلانية، وتدريب المهارات الاجتماعية بحيث يمكن للشخص أن يتعرض
واقف الاجتماعية ويعالجها بمهارة وإدراك لحقوقه والتزاماته ازائها.

References

1. Dyer, W. (1985). ***What do you really want for your chil-dren?***. New York : Avon Press.
2. Greenberg, S. I. (1971). ***Neurosis is a painful style of living.*** New York: Signet.
3. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) ***Th evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner Mazel, Inc.
4. Ellis, A. (1961). ***Reason nd emotion in psychotherapy***. Ne York: Lyle Stuart.

جبران خليل جبران .النبي.ترجمة ثروت عكاشة

6. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) ***The ev lution of psychotherapy***. New York, N. Y.: Brun Mazel, Inc.

إبراهيم (عبد الستار) . القلق: قيود من الوهم. القاهرة:كتاب الهلال

8. Greenberg, S. I. (1971). op. cit.
9. Beck, A., & Emery, G. (1985). ***Anxiety disorders and phob A cognitive perspective***. New York: Basic Books.
10. Beck, A., Freeman, A., & Associates (1990). ***Cognitive ther of personality disorders***. New York, N. Y.: Guil Press.
11. Ellis, A. (1988). ***How to stubbornly refuse to make your miserable about anything - yes, anything***. Syrac N.J.: Lyle Stuart.
12. Ellis, A., et al. (1989). ***Rational-emotive couples therapy***. York: Pergamon.
13. Dryden, W., & DiGiuseppe, R. M. (1990). ***A primer on Ra al-emotive therapy***. Champaign, I Il. Research Press.

إبراهيم(عبد الستار) ١٩٨٧ علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي.الرياض: دار المريخ.

إبراهيم(عبد الستار) (١٩٨٣) العلاج النفسي الحديث :قوة للانسان القاهرة:مدبولي

16. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

17. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

18. Greenberg, S. A., (1971) op. cit.

١٩- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٩). التعرف علي حالات القلق. مجلة العربي، العدد ٣٦٩ (ص١١٦ـ ١٢٦)

٢٠- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٠) محاور أربعة في علاج القلق مجلة العربي ، العدد ٣٧٤ (ص ص١٢٢ـ ١٣٥)

٢١- إبراهيم، عبد الستار .الدخيل عبد العزيز رضوي،إبراهيم(١٩٩٢)موجتان من التطور بحركة العلاج النفسي، مجلة علم النفس، العدد ٢٦(ص ص ١٦ـ ٢٦)

22. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

23. Stampfl, T.G., & Levis, D. J. (1976). Implosive therapy: A behvioral therapy. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) *Behavioral approaches to therapy* (pp. 89-110). Morristown, N.J.: General Learning Press.

24. Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*. 2, 15-166.

25. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

26. Dryden, W., & DiGiuseppe, R.M. (1990). *A primer on Rational-emotive therapy*. Champaign. 111: Research press.

الفصل الثانى عشر

العلاجات السلوكية والإضطرابات العقلية

الفصام خاصة

حظى موضوع العلاج السلوكى للإضطرابات العقلية بما فيها الفصام مام مبكرمن المعالجين السلوكيين. وبفضل هذا الإهتمام الذى بدأ مواكبا ور الثورة السلوكية فى العلاج النفسى (فى الخمسينات تقريبا)، ضل مانشر من بحوث ودراسات للحالات الفردية، وما نفذ من برامج كية فى المؤسسات العقلية فى مجالات الفصام، بفضل ذلك أمكن تحقيق رات علاجية كثيرة يمكن صياغتها على النحو الآتى:

١- أصبح من الممكن للفصاميين حتى أشدهم إزمانا وتعذرا على العلاج أصبح بإمكانهم أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابى ، وأن يتخلصوا من كثير من الجوانب الشاذة أو أن يعدلوا منها، وذلك بإستخدام مبادىء التعلم والقوانين السلوكية.

٢- أن هذه التأثيرات هى تأثيرات علاجية. ومن ثم فإن أحداثها يؤدى إلى تأثيرات إيجابية بارزة فى السلوك العام للفصامى. فضلا عن هذا فهى تؤدى إلى الإقلال الملحوظ من الإنتكاسات التى تصيب الفصاميين بعد تسريحهم من مؤسسات العلاج .

٢- أن القواعد والمناهج السلوكية التى إستخدمت فى هذا المجال حتى الآن يمكن بلورتها بوضوح كمبادىء مستقلة ومختلفة عن مدارس العلاج النفسى والطبى الأخرى.

لكننا نعترف مع هذا أن إهتمام مدارس العلاج السلوكى بالأمراض العقلية قد بدأ متأخرا عن إهتمامهم بالإضطرابات الإجتماعية والنفسية الأخرى كالقلق والخوف والإكتئاب.

وحتى الآن، وبالرغم من الإنجازات الضخمة التى حققها المعالجون السلوكيون فى تعديل السلوك الفصامى، وفن إدارة العنابر العلاجية التى يمثل الفصاميون فيها عادة الشريحة الكبرى، حتى الآن لازال الإهتمام بهذا المجال محوطا باللغط والجدل والتردد. وقبل أن ندخل فى تحليل الأسباب التى إرتبطت بهذا الجدل من الضرورى أن نوضح مفهوم الفصام أو المرض العقلى كما يراه المعالج السلوكى؟ فما هو العلاج السلوكى؟ وما هى الأساليب التى تستخدم فى هذا المجال؟ وأهم النتائج التى واكبت تطويع المبادىء السلوكية فى العلاج النفسى فى ميدان الفصام والأمراض العقلية؟ إجابة هذه الأسئلة تشكل الأهداف الرئيسية من هذا الفصل.

الفصام كما يراه المعالج السلوكى

ان الإتفاق بين المعالجين السلوكيين على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين الزملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية. ويشكو الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المحكات التى يستخدمها أخصائيو الطب العقلى والنفسى محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات. فضلا عن

هذا فهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة. صحيح أن مرشد الطب النفسى الأمريكى[١] يرصد عددا من الأعراض المميزة للفصام، لكن هذه الأعراض تتداخل فى الأشكال المختلفة عن الفصام، فضلا عن أن هناك أشكال من الفصام توجد فيها اعراض لاتوجد فى الأشكال الأخرى على الإطلاق.

ويفضل المعالجون السلوكيون السلامة فيما يتعلق بهذا الجدل فى تعريف المرض العقلى أو النفسى، ومن ثم فإنهم يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره التركيز على جوانب من السلوك الشاذ التى يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها. وذلك بدلا من الإعتماد على عملية التشخيص بالمعنى التقليدى. والمعالج السلوكى فى هذا يشبه تماما زميله الطبيب النفسى عندما يستخدم العلاج بالعقاقير. فمن المعروف أن عملية العلاج بالعقاقير تعتمد على ملاحظة التغيرات السلوكية أكثر من إعتمادها على عملية التشخيص.[٢]

أن المعالج السلوكى ببساطة لايتعامل مع المرض، ولكن مع الأنماط السلوكية التى تصف المرض وتشرحه، وتساهم فى تطوره، وعلاج الفصام- فى ضوء هذا التصور يعنى تعديل أو علاج أنواع السلوك التى أدت إلى تشخيص مريض معين بالفصام.

ولهذا نجد أن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى عند البدء فى أى برنامج علاجى فى مجال الفصام أن نحدد بالضبط السلوك الذى نرغب فى التخلص منه، ويوضح الجدول رقم (٨) بعض الصياغات السلوكية

المقبولة بين المعالجين السلوكيين لبعض التشخيصات السيكياترية الشائعة.

جدول رقم (٨)

الصياغات السلوكية لبعض الإضطرابات الرئيسية

الاضطراب	الصياغة السلوكية
١- عصاب	- وجهه يشحب - يغص أو يبلع ريقه كثيراً - يتوجس - يخاف - يرطب شفتيه - يعانى من صعوبات تنفس - يعرق بغزارة - أطرافه باردة - يجزع بشدة - لايستطيع رد الاهانة - يردد عبارات مثل)أنا قلق أو خائف)
٢- نهان	- يضحك بدون سبب - يتحدث مع نفسه بصوت عالى - إستجابات شاذة : (ينزع مثلا ملابسه) - أفكاره غير مترابطة - يتفجر بالغضب دون سبب واضح - لغته مفككة - يلعب بأعضائه التناسلية علناً
٣- فصام	- يرى أو يسمع أشياء لا يحسها الآخرون - يهلوس - تتملكه هواجس ثابتة - يصعب عليه التفكير - يسب - يعتدى دون سبب - يرفض العلاج - يتكلم بلغة مفككة - شديد الانسحاب - لايكترث لمن حوله - لايكترث لمرضه.

تابع جدول (٨)

الاضطراب	الصياغة السلوكية
٤- إكتئاب	- يبكى - ساهم - بطىء الحركة - يردد عبارات مثل: أنا مكتئب - يرفض الطعام - وزنه يتناقص بمقدار(-) - يردد عبارات دالة على اليأس - ينتقد نفسه بشدة - يلوم نفسه بشدة - يصف نفسه بأنه مريض - يعبر عن شكاوى مرتبطة بالأرق أو صعوبات فى النوم

وهكذا تجد أن المعالج السلوكي عندما يتعامل مع مريض معين يتعامل معه بصفته التجريبية التشخيصية لانه يعرف مدى صعوبة وضع هذه الأنماط المجردة للعلاج المباشر والضبط. وهو يفضل بدلا من ذلك تحليلها إلى عناصر سلوكية أكثر نوعية وتحديدا، والشائع الآن- وكما ترى من الجدول السابق- النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل وجود هلاوس، هواجس، أضطرابات فى الإنتباه، ضعف فى عمليات الترابط، التفكك اللفظى يعنى : أضطرابات فكرية أو معرفية، أضطراب فى السلوك الحسى- الحركى- السب- القلق- الإنسحاب الإجتماعى الشديد- عدم الإكتراث بالمرض عدم إستبصار، ضعف الإستجابات الوجدانية.

وهكذا نجد باختصار أنه بينما يركز الفصل الراهن على موضوع علاج الفصام، فإن طبيعة المنهج السلوكى تتطلب التركيز على علاج أنواع المشكلات السلوكية التى تسود وتنتشر بين من نطلق عليهم (فصاميون) بعبارة أخرى، فإننا نركز- هنا- وببساطة على علاج المشكلات السلوكية لدى الفصاميين .

لماذا تأخر ظهور العلاج السلوكى للفصام

يبدو أن سبب تأخر المعالجة السلوكية للإضطراب الفصامى يعود لإنتشار بعض المعتقدات الخاطئة فى تفسير السلوك الفصامى، وقد أدت هذه المعتقدات فيما يبدو إلى ردود فعل عاطفية ساهمت فى إثارة الشكوك حول إستخدام مناهج التعلم، ومبادىء الإكتساب التى يعتمد عليها العلاج السلوكى فى ميدان علاج الفصام. وفيما يلى سنوضح بعض هذه المعتقدات التى إنتشرت على نحو غير مفهوم-أو على الأقل أدت الى إستنتاجات خاطئة فى علاج الفصام .

الزعم الأول : الفصام مفهوم عام وفضفاض وغير مترابط :

صحيح أن خبراء الصحة العقلية يتفقون بشكل عام على عدم وجود محكات ثابتة لتشخيص الفصام، لكن المعالج السلوكى يتجنب هذا الجدل بكامله - كما رأينا - من خلال التركيز على أنواع السلوك الفصامى ، ومن ثم فهو يركز على علاج السلوك المضطرب الذى ينتشر بين الفصاميين، ويقيس المعالج السلوكى نجاحه فى العلاج من خلال التغيرات السلوكية الإيجابية فى السلوك المحورى (هلاوس - هواجس - عدوان - إنفجارات إنفعالية - قصور فى المهارات الإجتماعية كالحديث أو الحوار- ألخ)، ومن ثم، فإن الإفتقاد للتماسك فى مفهوم الفصام بالمعنى الطبى لا يعنى أن العلاج السلوكى أمر متعذر. فالعلاج السلوكى يتبنى مفهوما عمليا وسلوكيا ويجب تقييم فاعليته فى علاج الفصام على هذا الأساس .

الزعم الثانى : الفصام ذو مصدر بيولوجى مما يجعله متعذرا على العلاج بالأساليب غير العضوية بما فيها العلاج السلوكى:

صحيح أن نسبة كبيرة من المعالجين السلوكيين ومن خبراء الصحة العقلية يتفقون أن الفصام أضطراب (بيولوجى) ، وصحيح أن البحوث المعاصرة تثبت أن الأساس البيولوجى والوراثى يلعب دورا هاما فى تطور الأعراض الفصامية وظهورها، لكن من المعروف أيضا أن العوامل البيئية تلعب بالمثل دورا هاما فى ظهور وتطور أعراضه، مما يجعل التناول السلوكى ممكنا على الأقل بالنسبة لبعض المشكلات الهامة فيه .

إن المفهوم الحديث للفصام يركز على النموذج الذى يتبناه (زوبن) و (سبرنج) (٣) والذى يرى أن الأعراض الفصامية تنشأ نتيجة للتفاعل بين الإستعدادات البيولوجية، والضغوط البيئية. ويوضح (بيلاك) و (مويسر) (٤) أن الأستعداد البيولوجى للفصام يتكون من عوامل متعددة منها وجود عوامل وراثية وعوامل نمو، أو إضطرابات بيوكيميائية (كزيادة نسبة الدويامين Dopamine). كذلك يمكن أن نضم لهذه القائمة العوامل الخاصة بزيادة الإستجابات "الإستثارية فى الجهاز العصبى المركزى (٥) .

أما الضغوط التى تبين أنها تتفاعل مع الإستعدادات البيولوجية فى تطور الأعراض الفصامية فهى تشتمل على الشروط والحوادث البيئية التى تؤثر تأثيرا سلبيا فى الفرد بما فيها الأزمات الإجتماعية، وأنماط الإتصال الخاطئة، والوضعية الطبقية (مثلا: الفصام يشيع فى

الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات المتوسطة أو العليا). وتمتد الضغوط لتشمل التغيرات والحوادث الخاصة بالفرد كالمرض والعقاقير والمخدرات (٦).

ومن المعروف أنه كلما زادت درجة الإستعداد البيولوجي أو الاستهداف العضوى للمرض، كلما قل وزن الضغوط البيئية والشخصية فى أحداث الإضطراب. وبالعكس فإن أى ضغوط ولو كانت ضئيلة، ستؤدى إلى إثارة الأعراض الفصامية فى الشخص المستهدف بيولوجيا لذلك .

ويبدو أن ترجمة الضغوط فى حالات الاستهداف البيولوجي إلى أعراض فصامية تتوقف على القدرات التكيفية للفرد، أى على ما إكتسبه من قبل من وسائل تمكنه من حل المشكلات الإجتماعية والتعامل مع الصراعات والأزمات والمهارات الإجتماعية ورعاية النفس. ولهذا تمتد القدرات التكيفية للفرد لتشمل قدراته اللغوية، وقدراته على إستخدام وسائل المواصلات والتعامل مع النقود، والرعاية الصحية للنفس والتعامل مع الآخرين وفنون الإحتكاك بالمجتمع. ومن المؤكد أن التدريب على القدرات التكيفية وهو من عمل المعالج السلوكي- ستقلل بكثير من الآثار السلبية للضغوط أو ستقلل على الأقل من حدة الشعور بها أو من إستمرار تأثيرها السلبى .

الزعم الثالث : الفصام يمكن علاجه بنجاح بإستخدام العقاقير الطبية فقط :

لاشك أن تطور العقاقير الطبية المضادة للذهان قد أحدث ثورة هائلة فى حركة الصحة العقلية وتطور العلاج الطبى للفصام منذ ١٩٥٠، لكن بعض

قارير الطبية الحديثة تكشف فى هذا الصدد عن بعض المشكلات والتى
ها إن حوالى ٥٠٪ من الفصاميين لا يستجيبون إيجابيا للأدوية الذهانية
و ٨ و ٩ و ١٠) ، ومن بين الذين يستجيبون إيجابيا لها تحدث بين حوالى
٪ منهم إنتكاسات فى خلال عام و ٥٠ ٪ تحدث إنتكاساتهم فى خلال
ين (١١ و١٢) وبالرغم من أن هذه العقاقير تنجح فى علاج بعض
راض كالهلوسة ، والهواجس فإن أعراضا فصامية أخرى وهامة مثل
الإكتراث ، والإنسحاب الإجتماعي وفقدان القدرة على النشاط والحركة
تأثر علاجيا بهذه العقاقير(١٣) . هذا فضلا عن أن الآثار الجانبية
اقير الذهانية – والموثقة توثيقا جيدا – تكون أحيانا ذات أثر سلبى لا
ن الآثار السلبية التى يتركها الإضطراب نفسه على الشخصية. صحيح
ناك عقاقير أخرى تعطى للتحكم فى هذه الآثار الجانبية لكن حتى هذه
ضا آثارها الجانبية (١٤). والخلاصة، ومع الإعتراف بدور العقاقير
م فى ميدان الفصام ، إلا أنها ليست البلسم الشافى لكل المرضى
اميين، ولكل الأعراض الفصامية. ومن المؤكد أن مناهج أخرى من
ج والتأهيل، وتدريب القدرات التكيفية الإجتماعية للمرضى الفصاميين
مطلبا رئيسيا. ولاشك أن العلاج السلوكي يعتبر من المناهج العلاجية
ية المطلوبة لهذا المجال .

أهداف العلاج السلوكي للفصام

كيف يمكن أن نقيم فاعلية برنامج علاجي معين؟ يمكن بالطبع تحقيق
لاحظة مدى تحقيق هذا البرنامج لبعض الأهداف المحددة. ومن ثم

يمكن تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج السلوكى للفصام :

١- أهداف متعلقة بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع :

من المتفق عليه بين أقطاب العلاج السلوكى (١٥، ١٦، ١٧) أن الهدف الرئيسى من العلاج السلوكى للفصام هو: التغيير فى جوانب من سلوك الفرد بحيث يستطيع أن يمارس حياة فعالة خارج المستشفى. ويمكن معالجة التوافق الإجتماعى الجيد فى ضوء أربع فئات رئيسية هى :

* تخفيض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها.

* تنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية إجتماعية فعالة (مثل القدرة على رعاية الذات، والإهتمام بالتفاعل الإجتماعى والدخول فى علاقات إيجابية وتطور مهارات الإتصال) .

* تنمية القدرة على التوافق المهنى والقابلية للتدريب أو بتعبير بول(١٨) مايسمى بالفاعلية فى أداء الدور.

* وهناك ألفئة الرابعة من الأهداف التى بدأت تنمو فى الحقبة الأخيرة وهى تتعلق بتغيير بعض العوامل الهامة مثل صورة الذات أو إعتبار الذات (١٩) ، والقدرة على حل المشكلات المستعصية (٢٠)

ومن الجدير بالذكر أن غالبية الدراسات المنشورة عن العلاج السلوكى تثبت وجود تغيرات أساسية فى الأنماط السلوكية الخاصة بإحدى الأهداف السابقة على الأقل، ومن ثم يمكن إعتبارها متصلة بالهدف الأشمل الخاص

التوافق للمجتمع. وينبغى هنا أن نشير إلى أنه لا يجب النظر إلى جوانب تحسن فى السلوك كما تظهر لدى الفرد فى داخل المستشفى على أنها فصلة عن تلك التى ينبغى أن تظهر بعد خروجه من المستشفى ،إذ أن لية تقييم التوافق مع المجتمع الخارجى ينبغى أن تبدأ فعلا فى داخل تشفى. ذلك لأن تأثير التغيرات الحاسمة يمكن الإحساس بها فى داخل تشفى وتظهر فى الجوانب المتعددة من التفاعل مع بيئة المستشفى. مثال أن نلاحظ مثلا أن إتجاهات العاملين نحو المريض تبدأ فى ير(٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤) كذلك يبدأ الأباء والزائرون فى الإستجابة بطريقة ابية مختلفة (Ayllon 1963) والمرضى الآخرون (٣٦) يصبحون ايضا إيجابية ، كما أن المريض نفسه قد يصبح أكثر قدرة على الاستجابة مج العلاجية الاخرى(٢٧) .

أهداف متعلقة بالتوافق لبيئة المستشفى :

من الملائم أن نعمل على تحسين سلوك المريض فى داخل المستشفى ونحن نعرف مثلا بأنه لاأمل فى خروجه منها أو أنه قد يقضى حياته بين أسوارها.

فلا جدال فى أن قدرة المريض على ضبط تبوله أفضل من عجزه لك واحتفاظه بأسنان نظيفة سليمة وتنفس طيب أفضل من أن يكون ذا ن فاسدة أو رائحة كريهة، واحتفاظه بنظافة جسده وصحته أفضل من انى من الأمراض الجلدية التى قد تسببها الرعاية الصحية السيئة .

ومن وجهة الصحة العامة فلا جدال أيضا فى أن الإحتفاظ بدرجة من النشاط أفضل من التقاعس، حتى لو كانت فرصة خروج المريض من المستشفى ضئيلة. فضلا عن هذا فإن هناك ما يثبت بأن مستوى نشاط مريض معين قد تكون له أثار علاجية على مريض أخر.

كما أننا لسنا فى حاجة لتأكيد الأهداف التى تتضمن سلامة المريض والعاملين والمرضى الأخرين فى العنبر. فبالنسبة لكثير من الأفراد الموجودين فى العنبر العلاجى من الأسلم مثلا أن لا يشعل المريض الحرائق وألا يحطم زجاج النوافذ ، وألا يتهجم على الأخرين (٢٩، ٣٠، ٣١).

كل تلك الأحداث السابقة قد ترتبط أو لا ترتبط بالهدف الأساسى وهو توافق المريض مع المجتمع ، لكن لا جدال فى أنها أهداف ملائمة وصحية فى ذاتها. وإذا كان كثير من المهتمين بالصحة العقلية يركزون بقوة على هدف واحد ويتجاهلون الأهداف الأخرى فإن أهداف العالج السلوكى متعددة وكثيرة وتتلائم مع مناهجة .

٢- أهداف متعلقة بالعاملين :

من الملائم عند قياس فاعلية المناهج العلاجية السلوكية الإهتمام بالنتائج التى يتركها تنفيذ هذه البرامج على العاملين مع المريض بما فيهم الأطباء والأخصائيون وجهاز الممرضين والممرضات. أن البرامج التى تؤدى إلى تكوين مرضى مقبولين إجتماعيا تؤدى بدورها إلى توفير جهد العاملين وطاقتهم ووقتهم، كما تؤدى إلى رفع الروح المعنوية ، و المسئولية، والرغبة فى بذل الطاقة ، والأمل فى إرتفاع مستوى الرضا عن العمل بين

العاملين(٢٣) . وعلى سبيل المثال وجد (ونكلر) Winkler (٢٣) أن نسبة غياب العاملين تقل بنسبة ٢٤٪ بعد تنفيذ برنامج العلاج السلوكى القائم لى الجزءات الرمزية فى عنبر علاجى بالمقارنة بعنبر أخر ضابط .

وهناك أدلة قوية تثبت أن التغير فى سلوك العاملين يؤدى إلى رات ملموسة فى سلوك المرضى أنفسهم، فمن ناحية سيؤدى ذلك إلى أن املين سيكرسون وقتا أطول من جهدهم للمرضى عند تنفيذ البرنامج لاجى (٢٤) ، وازدياد الإتجاهات الإيجابية لدى العاملين سيساهم بدوره زدياد غبطة المرضى وتقدمهم، ومهما كانت النتائج فإن توظيف العلاج كى لتحقيق الأهداف المتعلقة بالعاملين امر يجب حسابه .

نماذج
من الأساليب العلاجية.. السلوكية للفصام

بالرغم من أن الأساليب التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيل نسبيا فإن هناك من النتائج ما يبين أن إستخدام هذه الأساليب يؤدى إلى تغيرات واضحة وملموسة فى سلوك المرضى، وفى الجزء التالى سنناقش بعض الأساليب البسيطة، ثم الأساليب العلاجية المركبة (اى التى تتضمن التأليف بين الأساليب الأساسية البسيطة، فضلا عن الإستراتيجيات الناتجة عند تطبيقها).

أ الأساليب الفردية

١- أساليب التدعيم

أ- التدعيم الإجتماعى :

من أكثر اساليب العلاج السلوكى ذيوعا تلك التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الإجتماعى مثل المدح والتحبيذ، أو الإمساك عنها. ولأن من المعتقد أن التدعيم الإجتماعى يقوم بدور الدعم الشرطى للسلوك، فإن بعض الأراء التى ترى أن تقديمه يجب أن يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة بطريقة منظمة حتى يمكن زيادة خصائصه التدعيمية للسلوك (٣٦،٣٥) . والحقيقة أن هناك ما يؤيد صدق هذا التصور(المراجع السابقة) . فبالنسبة لكثير من

لمرضى (أو الأغلبية منهم على الأقل) تكون قيمة التدعيم بالمدح والإنتباه عالة حتى قبل أن تصحبه مدعمات أخرى. وتشير بعض التقارير المنشورة ى أن التدعيم الإجتماعى عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدى وحده إلى يرات محسوسة فى سلوك المرضى. ففى تقرير مبكر (٣٧) عن إستخدام تدعيم فى مجال المرض العقلى، تبين أن مجرد تجاهل السلوك المرضى قد ى إلى تغيرات ملحوظة فى سلوك مريضين عقليين. وفى دراسة أخرى(٣٨) ثبت وجود تغيرات ملموسة فى نسبة الهواجس والتفكير غير المنطقى فى يض عقلى نتيجة لمجرد الإبتعاد عن المريض عندما تحدث مثل تلك الأفكار اجسية والقرب منه وتوجيه الإهتمام له عندما يتحدث بطريقة منطقية رابطة . وفى دراسة ثالثة (٣٩) تبين أن إظهار الإنتباه قام بدور مدعم سلوك (العزوف عن تناول الطعام) عند مريض فى الرابعة والثلاثين يب بهزال شديد ، ولم يكن وزنه يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا. لقد تطاع هذا المريض أن يكون عادات غذائية فيما لا يزيد عن خمسة أيام د تجاهله بطريقة منتظمة عندما كان يعزف عن تناول وجباته الغذائية. ا إستخدم اسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة (الوعى بالعلاقات خصية) بمجرد تعليم المرضى أسماء المرضى والأشخاص الآخرين فى م. أما "مور" و "كروم" (٤٠) فقد إستخدما اسلوب التأييد والتقبل فى ل أسلوب سحب التأييد والتفاعل مع فصامية شديدة السمنة، وقد أدى الأسلوب إلى تناقص وزنها بمقدار خمسة وثلاثين رطلا . كذلك وجد أن سلوب المناقشة مع التدعيم اللفظى الإيجابى مع مجموعة ضابطة ى إلى تحسن دال فى مستوى النظافة ورعاية الذات (٤١) . وفى نفس

هذه الدراسة تبين أن هذه التغيرات قد إنتشر تأثيرها الإيجابى على خصائص أخرى، فقلت العداوة الهجاسية وارتفع إعتبار الذات على مقاييس أعدت لهذا الغرض .

وفى دراسة أخرى عن تأثير التدعيم الإجتماعى قام عدد من الباحثين بتقييم تأثير وضع رمز أو نجمة أمام المرضى الذين إستطاعوا أداء جوانب من النشاط السلوكى دون تذكيرهم (وذلك كتصفيف الشعر وترتيب الأسرة وتلميع أحواض الغسيل). وقد تبين للباحثين أن وضع هذه العلامات قد أدى إلى زيادة ملحوظة فى أداء جوانب النشاط السلوكى السابقة، لكن الزيادة كانت أكبر عندما لم يكن يسمح الا لمن حصلوا على هذه العلامات بتناول غذائهم فى صالة الطعام (٤٢) .

واضح إذن أن تلك الدراسات وغيرها تبرهن بقوة على أن التدعيم الإجتماعى يعتبر عنصرا قويا للغاية فى تغيير سلوك المرضى. وعلى هذا فمن الواجب تدريب العاملين فى عنابر الصحة العقلية والمؤسسات وإطلاعهم على قيمة إستخدام أساليب التأييد وإبداء الإهتمام. لكن هذا لايمنع من التحذير مما يأتى :

- أن السلوك الذى نريد تعديله (أى السلوك المحورى) قد يكون نتيجة لشروط سابقة كالقلق والتوتر، أو أنه ربما يكون إلى حد ما (أن لم يكن تماما) من إختلاق المعالج وفى مثل هذه الحالات قد لايؤدى التوقف عن الإهتمام (أى الإنطفاء) إلى إزالة هذا السلوك. فضلا عن هذا تبين أن التدعيم الإجتماعى قد يكون سلاحا ذا حدين ، (٣٤) بمعنى :أن التدعيم

الإجتماعى (كالتحبيذ مثلا) قد يؤدى إذا ما إستخدمناه مع بعض المرضى إلى التدهور فى أدائهم. بينما قد يتحسن أداؤهم ويزداد إذا ما إستخدمنا معهم التدعيم الإجتماعى السلبى أو النقد) .

وباختصار ينبغى إستخدام أساليب التدعيم الإجتماعى بحكمة وتنبه لآثارها الحساسة، وللفروق بين الأفراد والمواقف.

ب- التدعيم الأولى المباشر :

فى دراسة سابقة مبكرة (٤٤) تبين أن نسبة تناول الوجبات الغذائية تزداد عندما يقدم الطعام ويبعد فى أوقات محددة. كما أن هناك دراسات إضافية إستخدمت أسلوب تقديم تدعيم مباشر (فاكهة- حلوى- سجائر- مشروبات غازية- الخ) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم (٤٥) وبالرغم من أن تتبع بعض الحالات بعد عام ثم مرور ثمانية عشر شهرا بين أن نتائج هذا الأسلوب مشجعة، الا أن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية.

ومن ناحيتنا ننصح أن يتوقف المعالجون السلوكيون عن إستخدام أسلوب التدعيم الأولى المباشر مع بعض المرضى المزمنين، لأن الحصول على المدعمات المباشرة قد يكون عملا عسيرا للغاية بالنسبة لهؤلاء المرضى، مما قد يترك آثارا إحباطية مؤلمة لديهم، فضلا عن الإعتبارات الخلقية والقانونية التى قد تثار نتيجة التحكم فى تقديم هذه المدعمات الحيوية أو حجبها.

أن الإمتناع عن تقديم الطعام امر تحوطه إعتبارات خلقية وقانونية متعددة بطبيعة الحال (٤٦) . ولهذا يقدم بعض الباحثين حلا وسطا لهذه المشكلة بإستخدام أنواع من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب (كالفاكهة وال لوى والمشروبات الفازية)، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة البدنية، لكن إذا تعلق بحصول المريض على طعام ترفيهى فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه. ثم اليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه؟.

٢- أساليب التشبع بالمنبه *

تتضمن هذه الأساليب الإعتماد على (التكرار المفرط) للسلوك المرضى، أو إغراق الفرد بمنبه ذى طابع تدعيمى حتى يتحول هذا المنبه إلى منبه محايد أومنفر، وقد إستخدم (١٩٥٩) Ayllon and Michal (٤٧) هذا الأسلوب بنجاح مع مريض إعتاد التقليب فى القمامة حتى أصيب بطفح جلدى. وإستخدم هذا الأسلوب مع مريضة إعتادت على إختزان (المناشف) فى حجرتها مما كان يؤدى بهيئة التمريض إلى إستنفاذ جهودهم فى أعمال تافهة. ويزعم (وولف) (٤٨) أنه أستطاع أن يقلل من الهواجس المريضة عند مريض فصامى من خلال حمل المريض على تكرار هواجسه بصوت مسموع لمدة ساعة يوميا.

وعلى العموم فإنه بالرغم من عدم وفرة البحوث التجريبية عن أساليب

* Stimulus Statiation.

التشبع بالمنبه، فلن التقارير القليلة المنشورة عنها مشجعة وليس من الغريب لهذا أن نجد أنها تثبت فاعليتها عند إستخدامها مع المرضى، بما فى ذلك الفصاميين.

٣- أساليب التنفير *

يعبر أسلوب العلاج بالتنفير عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكى معين منبهات غير سارة، أو التحكم فى منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة اء السلوك غير المرغوب.

ومن أوضح الأمثلة على ذلك أن «أجراس» (٤٩) أستطاع أن يعالج جاح حالة مريض إعتاد على تحطيم زجاج نوافذ العنبر وذلك بتوجيه صدمة هربائية مؤلمة عندما كان المريض يذكر له ضمن تصوراته البصرية بأنه طم لوحا من الزجاج.

لكن الأن أصبح إستخدام أساليب التنفير مع الفصاميين محدودا اية، ربما بسبب بعض المسائل الخلقية المحيطة بتطبيق هذه الأساليب مع ضى المحجوزين. ولعل من أهم المشكلات التى تحول دون نجاح إستخدام هات التنفير هى صعوبة تعميم النتائج من الشروط التجريبية (فى يادة) إلى مواقف الحياة العملية. فقد تبين أن الأفراد العاديين الذين ضعون لأساليب العلاج بالتنفير عادة ما يفرقون بين الظروف المختلفة ى إذا حدثت تحدث معها المنبهات المنفرة، وتلك التى لاتحدث معها هذه هات (وذلك كالتفريق بين عيادة المعالج فى مقابل العالم الخارجى) ولكن

* Aversion

لعل هذا السبب هو نفسه الذى قد يجعل من تلك الأساليب ناجحة إذا ما أستخدمت مع المرضى الفصاميين. فالقصور المعرفى لدى الفصاميين، وضعف قدراتهم على التمييز بين المواقف يجعلهم يتوقفون عن السلوك غير المرغوب في المواقف التى تحددها طبيعة العلاج فقط ودون أن تمتد آثار العقاب السلبية إلى مواقف أخرى.

٤- أساليب الضبط - الذاتى *

صحيح أن كثير من الفصاميين لايوجد لديهم الدافع لمواصلة إستخدام أساليب الضبط الذاتى، لكن هناك بعض التقارير التى توحى بأن هذه الاساليب تفيد في علاج بعض حالات الفصام، وفيمايلي أهم تلك الأساليب.

أ- المراقبة الذاتية Slef Monitoring :

وجد (روتنر)و(باجل) (٥٠)أن مقدار الهلاوس الصوتية بالنسبة لمريضة فصامية هبط من (١٨١) يوميا إلي (صفر) بعد عشر يوما يطلب خلالها من المريضة أن تسجل عدد الهلاوس التى تسمعها. وقد إحتفظت بنفس هذا المستوى من التحسن حتى بعد خروجها من المستشفى لمدة ستة أشهر، غير أن (هتزل) (٥١) يشير إلى أن هذا التناقض قد يكون نتيجة للتدعيم الإجتماعى عندما كانت المريضة تسجل التناقض فى هلاوسها وأن مقدار الهلاوس الفعلية قد يبقى كما هو، ولكى يتحقق الباحث من هذا الإفتراض أجرى دراسة إستخدم فيها أسلوب المراقبة الذاتية في علاج

* Self Control

الهلاوس وأستطاع من خلالها أن يضبط العوامل المتعلقة بتأثير سلوك التسجيل نفسه، والتدعيم الفارق، وتوقع المريض. وقد أشارت نتائجه إلى أن مقدار الهلاوس قد تناقص بمقدار 20% فقط خلال ستة أشهرأسابيع من تطبيق هذا الأسلوب.

ب- الصدمة الذاتية :

أعطى (بوتشر)، (فابريكاتور) (٥٢) جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية لمريض فصامي كان يشكو من بعض الهلاوس الصوتية، وطلبا من المريض أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفى خلال بضعة أيام، قرر المريض بأن الأصوات قد أختفت فضلا عن هذا، قرر هذا المريض أنه لم يسمع هذه الأصوات بعد ذلك لمدة خمس وثلاثين يوما، وبعدها تم خروجه من المستشفى. وفى عام ١٩٧١ أستخدم (واينجرتتر) اسلوبا علاجيا مماثلا فى دراسة جماعية، وإستنتج بأن من الصحيح أن توجيه صدمات كهربائية للذات لدى مجموعة من المرضى الفصاميين قد أدى إلى تحسنهم بالمقارنة بمجموعة ضابطة، ألا أن العنصر الأساسى المسئول عن هذا التغير يتوقف فى رأيه على التوقعات التى يبنيها المرضى عن فاعلية العلاج بهذا الأسلوب.

وإستخدام باحثان أخران (٥٣) طريقة مماثلة للأسلوب السابق مع مجموعة من المرضى لمدة أسبوعين لكنهما لاحظا أن هذا الأسلوب لا يؤدى الأثر المرغوب. لهذا قاما بإبتكار طريقة أخرى تقوم على إستخدام أسلوبى الإثابة والتدعيم بطريقة أدت إلى ضبط الهلاوس البصرية لمريض فصامي.

وكانت المشكلة الرئيسية لهذا المريض هى أنه كان يستغرق وقتا طويلا فى تنفيذ النشاط اليومى الروتينى بسبب إنشغاله الدائم فى لوازم حركية (بالوجه واليد)، كان يزعم بأنها محاولات منه لإبعاد الهلاوس من مجاله البصرى. وقد قامت طريقة العلاج على وضع برنامج علاجى يتم من خلاله التدعيم الإيجابى للمريض كلما قل من الفترة التى يقضيها فى تناول إفطاره وغذائه، وعقابه بصدمه كهربائية إذا ما بدأ فى ممارسة لوازمه الحركية الطقوسية أثناء عبوره الأبواب المؤدية إلى صالة الطعام. وقد طلب الباحثان من أحد المساعدين (ممن لم يكونوا على علم بفروض البحث التجريبية) أن يسجل شدة الهلاوس لدى هذا المريض. وقد اثبت تحليل هذه الملاحظات المضبوطة وجود تناقص ملحوظ فى هذا السلوك بإستخدام أسلوبى العقاب والتدعيم، كما تقرر ملاحظات المريض نفسه أن هذا التحسن قد يشمل بعض المواقف الأخرى فى حياته.

وبإختصار فإن النتائج المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب فى مجال الفصام غير قاطعة ولا تسمح بوضع إستنتاجات محددة لأن الفصاميين الذين يمكن أغراؤهم بتتبع تعليمات المعالج عند تطبيق أسلوب الصدمة الذاتية ضئيل للغاية.

ج- التوجيه المعرفى للذات :

يقرر (ماشنبوم) (٥٤) وجود نتائج واعدة للغاية فى تدريب الفصاميين على إستخدام بعض الأساليب المعرفية الملائمة لحل المشكلات المستعصية. وتقوم طريقته على تحديد عمل عقلى من قبل المجرب أولا، ثم ثانيا أن

يصف المجرب للمريض طريقة أدائه لهذا العمل، ثم يطلب من المريض، ثالثا أن يؤدى العمل متتبعا التعليمات التى يلقيها عليه المجرب إذا ذاك، وأن يؤدى العمل، رابعا وهو (أى المريض) يكرر نفس التعليمات بصوت مسموع، ثم خامسا بصوت غير مسموع بعد ذلك. وقد أثمر هذا البرنامج ن التوجيه المعرفى للذات عن تغيرات ملحوظة فى كثير من الجوانب سلوكية المعقدة كالإنتباه، واللغة كما عم تأثيره مجالات أخرى لم يشملها امج التدريب الأصلى. لهذا فإن هذا الأسلوب يعتبر واعدا للغاية.

٥ – أسلوب التفجير الإنفعالى

فى هذا الأسلوب يطلب من المريض أن يتخيل (وبأقصى ما يمكنه من على التخيل الحى) مواقف واقعية أو رمزية تؤدى إلى إثارة القلق لديه. ف من هذه الإجراءات هو التخلص التدريجى التام من القلق من خلال قاء بتقديم المواقف مرة بعد الأخرى دون أن يصحبها أذى بدنى.

أما عن توظيف أسلوب العلاج بالتفجير فى مجال المرض العقلى أو ام، فهناك دراسات تثبت فاعلية العلاج بالتفجير مع الفصاميين. وعلى م فإن نتائج العلاج بالتفجير الإنفعالى مع المرضى الفصاميين واعدة د ما، ولو أنها غير قاطعة والذى لاشك فيه أن هذا الأسلوب يقدم أخرى تشجع على مزيد من البحث.

٦ — تدريب المهارات الإجتماعية

ب على تأكيد الذات :

تبر « ولبى » (٥٥) أول من قدم أسلوب التدريب على تأكيد الذات الأساليب الرئيسية فى نظريته عن الكف المتبادل وبالرغم من أنه

لاتوجد دراسات ضابطة مع الفصاميين، فقد نشرت الآن دراسات إعتمدت على منهج دراسة الحالة. فمثلا (٥٦) أمكن تعليم مريض فصامى بنجاح القدره على تاكيد نفسه مع زوجته وأسرتها. كذلك أمكن إستخدام أسلوب التدعيم الإجتماعى مع أسلوب التدريب على تاكيد الذات فى علاج الهلاوس والهواجس والإنسحاب المرضى لدى مريض فصامى بنجاح. وتشير الدراسة التتبعيه لهذا المريض لعامين متتالين إلى خلوه من الأعراض الفصامية بعد ذلك. وفى دراسة أخرى (٥٨) أمكن تعليم أساليب التأكيد فى جلسات جماعية مع المرضى الفصاميين وكان الإستنتاج كما يأتى:

> ينجح المرضى الفصاميون المزمنون فى التوقف عن تعلم إستجابات لا تكيفية كالعدوان، والخضوع الشديد وأن يستبدلوها باستجابات تكيفية قائمة على تاكيد الذات. ولتحقيق هذا الهدف نجد أنهم ينجحون تماما فى ممارسة أساليب لعب الأدوار وإعادتها دون أى إثار سيئة.

ولعل اكبر مجموعة فصامية أمكن تدريبها على تاكيد الذات تكونت من اربعة عشر مريضا ممن وصفوا بالإفتقار إلى تاكيد الذات فى المواقف الاجتماعية وتراوحت جلسات العلاج الفردى لهم من ١٨: ٣٠ جلسة، وكان الهدف من هذه الجلسات هو تدريبهم على تاكيد الذات بإستخدام أسلوب تمثيل الأدوار. وقد تبين للباحثين أنه لم يستفد من هذا الأسلوب إلا إثنان فقط من المرضى، ويعتقد الباحثان (٥٩)، أن المشكلة الأساسية التى تواجه تطبيق هذا الأسلوب لدى هذا النوع من المرضى فى عجزهم عن وضع

أنفسهم فى مواقف تاكيدية وهم لم يكونوا من قبل إلا إشخاصا سلبيين وإنسحابيين. فضلا عن هذا فإن كثيرا من أفراد هذه العينة قد عجزوا عن محاكاه الأدوار التى شاهدوها من خلال الوصف أو الأداء، أما البعض الأخر فقد عجز عن تذكر الدور الذى قام به فى جلسة سابقة، كما أن بعض المرضى وصف هذا الإجراء بأنه إجراء مصطنع وغير واقعى.

٧ – العلاج بالتطبيق المتدرج (إزالة الحساسية) والإسترخاء

بالرغم من أن ولبى (٦٠) وهو أول من قدم أسلوب العلاج بالتطمين التدريجى يقرر بأنه لا يصلح فى علاج الفصاميين الا أن هناك عددا من الباحثين إستطاع أن يطوع هذا الأسلوب للتعامل مع هؤلاء المرضى. الحقيقة النتائج تتضارب من بحث لأخر.

ولعل الدراسة الوحيدة المضبوطة عن إستخدام أسلوب التطمين بين مرضى الفصاميين تلك التى نشرها (زايست) Zeisset (٦١) على مجموعة ٤٨ فصاميا قسمهم عشوائيا إلى اربع مجموعات فرعية علاجية :

١- مجموعة تلقت علاجا بالتطمين المنظم.

٢- مجموعة تلقت تدريب على الإسترخاء.

٣- مجموعة ضابطة تلقت إهتماما عاما.

٤- مجموعة ضابطة رابعة لم تتلقى أى علاج على الإطلاق.

وتبين نتائج هذا البحث أن المجموعتين الأولى والثانية قد كشفتا عن تحسن ملحوظ فى مستوى القلق بالمقارنة بالمجموعتين الضابطتين. لكن المجموعة الأولى والثانية لم تختلفا فيما بينهما إختلافا جوهريا. لهذا يقرر المجرب أن أسلوب التطمين المنظم يلعب دورا فعالا فى تعديل سلوك بعض الأنماط الفصامية" P.24.

وهناك أيضا نتائج إيجابية نشرت عن أربع حالات مرضية: حالتان منهما قدمهما (كاودين) و (فورد) (٦٢). وتصف الحالة الأولى مريضا فصاميا من النمط الهجاسى ، تم إختياره للعلاج بالتطمين المتدرج لأنه كان ينزعج ويضطرب للغاية عندما يتحدث مع أشخاص أخرين. ويشير التقرير إلى أن هذا المريض قد إستطاع فى نهاية العلاج بالتطمين المتدرج أن يتحدث للأخرين بحرية أكثر، أما الحالة الثانية فهى ايضا لمريض هجاسى، كان ينزعج للغاية إذا ما ترك حجرته دون أن يرجع من جديد بطريقة قهرية لكى يتأكد أنه لم ينسى شيئا وراءه. وقد تضمن علاج هذا المريض عددا من الأساليب إشتملت على أسلوب التطمين والتنويم الصناعى والتدريب على التخيل الحى. وتشير النتائج إلى قدر معقول من النجاح.

وفى حالتين أخريين (٦٣) تبين أن الهلاوس يمكن التقليل منها أو إزالتها بإستخدام التطمين المنظم. وفى كلتا الحالتين كان يبدو أن القلق أو التوتر هو العامل الرئيسى لظهور هذه الهلاوس. ونتيجة لهذا فإنه أمكن علاج هؤلاء المرضى فى المواقف التى كانت تستثير لديهم القلق أو التوتر. ففى حالة منها كان التدخين هو مصدر القلق. لذلك حاول المعالج تعديل

عملية التدخين فضلا عن إستخدام أساليب للإقلال من التدخين الفعلى. ومن ثم فإن نتائج التطمين فى هذه الدراسة كانت مختلطة إلى حد بعيد بالإقلال من التدخين. والحالة الأخرى قدمت بدورها دليلا إيجابيا على مدى فاعلية هذا الأسلوب لكن هناك أيضا دراسات تثبيت عدم فاعلية أسلوب إزالة الحساسية مع المرضى الفصاميين. لكن يمكن إقامة كثير من الحجج ضد تلك الدراسات التى لم تكشف عن فاعلية أسلوب التطمين. ولعل أقوى حجة هى أن على ممارس العلاج السلوكى أن يتذكر دائما أن هذا الاسلوب قد تطور من أجل علاج المشكلات المرتبطة بالقلق اساسا، وأن غالبية المحاولات العملية يجب أن تتم فى داخل هذا النطاق.

ويبدو لى فى ضوء أوجه القصور المعرفية والدافعية لدى الفصاميين أن إجراءات التطمين المنظم مع التعرض لمواقف حية ذات نتائج أفضل. وبالرغم من أن أحد الباحثين (٦٤) يذكر على سبيل المثال- أن أسلوب التطمين المنظم لا يثمر عن فائدة تذكر بين الفصاميين، فإنه يقرر أن إستخدام هذا الأسلوب مع التخيل الحى قد أدى إلى تناقص ملحوظ فى الهلاوس الصوتية. كذلك ينجح باحثان أخران (٦٥) فى رصد بعض النجاح لأسلوب التخيل الحى فى علاج مريض لم يكن قادرا على ترك حجرته دون معاودة الرجوع القهرى لها. فضلا عن هذا تبين نجاح هذا الأسلوب فى علاج مريض فصامى هجاسى كان يخشى الخروج من المستشفى خوفا من أن تقتله المخابرات المركزية. والحقيقة فإن الدلائل تشير إلى نجاح هذا الأسلوب بشكل خاص مع الفصاميين. ولا توجد بحوث تنحض حتى الأن فاعلية أسلوب التطمين المتدرج المصحوب بالتخيل الحى فى علاج اضطرابات الخوف والقلق لدى الفصاميين .

الخلاصــــة

أصبح من الممكن للمرضى العقليين والفصاميين – بفضل تطور مناهج العلاج السلوكى والمعرفى – أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابى، وأن يتخلصوا من الجوانب الفكرية والسلوكية الشاذة . وأن يتطوروا بامكانياتهم فى التوافق الاجتماعى والمهنى . وقد ناقش هذا الفصل العناصر السلوكية الداخلة فى تعريف الأمراض العقلية الذهانية بما فيها الفصام والاكتئاب تمهيدا لشرح خطة علاجها السلوكى . فضلا عن هذا قدم هذا الفصل بعض المعتقدات الخاطئة (المزاعم) التى انتشرت بين المختصين فى الصحة العقلية والطب النفسى، والتى كان من شأنها اعاقة نمو المناهج العلمية فى العلاج النفسى وتعطل ظهور حركة العلاج السلوكى للفصام والأمراض العقلية.

وقد أوضح هذا الفصل انه بالرغم من أن الأساليب السلوكية التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيل نسبيا، فان النتائج تشير إلى فعالية هذه الأساليب ونجاحها فى علاج كثير من الجوانب السلوكية الفصامية. ومن ثم ناقشنا أهم هذه الأساليب مع نماذج من تطبيقاتها فى ميدان الفصام، وأهم المشكلات التى يمكن أن يواجهها المعالج السلوكى عند التطبيق وبعض الحلول المقترحة لذلك.

References

1. American Psychiatric Association. (1987). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders***. Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.

2. Hagen, R. (1975). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. ***Schizophrenia Bulletin***. 13, 70-96.

3. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. ***Journal of Abnormal Psychology***. 86, 103-126.

4. Bellack, A. S., & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy*** (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

5. Dawson, M.E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. ***Schizophrenia Bulletin***, 10, 204-232.

6. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). op. cit.

7. Ibid.

8. Diamond, R. (1985). Drugs and quality of life: The patient point of

view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 29-35.

9. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, I11. Dorsey.

10. Carpenter, W. T., Heinrichs, D.W., & Alphs. L.D. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 440-452.

11. Hoganhy, G. E., Schooler, N. R., & Ulrich., R., et al. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 45, 797-80.

12. Gardos, G., & Cole, J. O. (1976). Maintenance antipsychotic thera py: Is the cure worse than the disease? *American Journal of Psychiatry*, 133, 32-36.

13. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Alphs, L.D., op. cit.

14. McEvoy, J. P. (1983). The clinical use of anticholinergic drugs as treatment for extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs. *Journal of Psychopharmacology*. 3, 288-302.

15. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1986). Preliminary report on the applicatoin of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of*

Abnormal Psychology. 73, 37-43.

16. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.

17. Hagen, R., (1975). op. cit.

18. Paul, G. L. (1971). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on Behavior Modification. Los Angeles, California.

19. إبراهيم عبد الستار(١٩٨٧) علم النفس الاكلينيكي:مناهج التشخيص والعلاج النفسي.الرياض: دار المريخ .

20. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of Instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. *Behavior Research and Therapy*. 7, 101-114.

21. Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: *Behavior therapy's* forgotten child. Behavior Therapy. 17, 199-214.

22. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the*

treatment of schizophrenia (pp. 1-22). New York: Plenum.

23. Bellack, A.S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) International *handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

24. Bucher, B., & Fabricatore, J. (1970). Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. *Behavior Therapy*. 1, 382-385.

25. Burish, T. G., Bradley, L. A. (Eds.) (1983). *Coping with chronic diseases: Research and applications*. New York: Academic Press.

26. Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976) Social skills training for chronic psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. 17, 559-580.

27. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 124, 240-243.

28. Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976) op. cit.

29. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). Soci *skills training for Psychiatric patients*. New Yo Pergamon Press.

30. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: A plication and outcome*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentic Hall, Inc.

31. Ibid.

32. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chro ic schizophrenia. *American Journal of Psychia* 124, 240-243.

33. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economie *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 169-173.

34. Leventhal, H., Zimmerman, R., & Guttman, M. (1984). Complianc A self-regulatory perspective. In *Handbook of beh ioral medicine* (Ed.) W. D. Gentry. New York: Guilfo

35. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on t application of contingency reinforcement procedures (tok economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal Abnormal Psychology*. 73, 37-43.

36. Kazdin, A. E. (197). ***The token economy: A review and evaluation***. New York: Plenum.

37. Kazdin, A. E. (1980). ***Behavior modification ir applied settings***. Homewood, Ill.: Dorsey.

38. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). ***Behavior therapy: Application and outcome***. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.

39. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry***. 124, 240-243.

40. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.

41. Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M.J. (1976). ***Behavior modification: Principles. issues, and applications***. Boston, MA.: Houghton Mifflin.

42. Dawson, M. E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. ***Schizophrenia Bulletin***, 10, 204-232.

43. Hersen, M., Kazdin, A.E., & Bellack, A. S. (Eds.) (1986). ***The clinical psychology handbook***. New York, NY: Pergamon Press.

44. Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). ***The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation***. New York: Appleton-Century-Crofts.

45. Ayllon, T. & Houghton, E. (1962). control of the behavior of schizophrenic patients by food. ***Journal of the Experiment Analysis of Behavior***. 5, 343-352.

46. Ibid.

47. Ayllon, T., & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. ***Journal of the Experimental Analysis Behavior***. 2, 323-334.

48. Ibid.

49. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chro ic schizophrenia. ***American Journal of Psychia*** 124, 240-243.

50. Rutner, I. T., & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for modification of psychotic behavior. ***Jornal of Con***

ing and Clinical Psychology. 33, 651-653.

51. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

52. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

53. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

54. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instruction and rei forcement on thinking and language behavior in schizo phrenics. *Behavior Research and Therapy*. 7, 10 114.

55. Ibid.

56. Ibid.

57. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

58. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

59. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bel lack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *Internation handbook of behavior modification and thera* (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.

60. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. Ne

York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

61. Zeisset, R. M. (1988). Desensitization and relaxation in the modification of psychiatric patients interview behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 73, 18-24.

62. Ibid

63. Ibid

64. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). *Socia skills training for psychiatric patients*. New Yo pergamon Press.

65. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive mode! treatment of schiz phrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for t treatment of schizophrenia* (pp. 1-22). New York: P num.

الفصل الثالث عشر

البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورهما فى علاج إضطرابات السلوك الفصامى

أ- الإقتصاد الرمزى (١)

يتضمن أسلوب الإقتصاد الرمزى ما ياتى :

١- تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضى فى العنبر العلاجى (تحديداً نوعيا).

٢- تحديد الأشياء ذات الطابع التدعيمى لكل مريض (سجائر- فاكهة- بطاقة خروج للزيارة - نشاطات ترفيهية - نشاطات إجتماعية - إبداعية الخ.

٣- وسائط للتبادل تستخدم لمكافئة جوانب السلوك النوعية المرغوبة (تراكم نقاط إيجابية معينة عند أداء السلوك المرغوب تترجم بعد ذلك لعطاء ملموس) . ومن المنطقى أن نعتبر أى سلوك يؤدى الى الحجز فى مستشفى عقلى، أو إلى التوافق مع المجتمع والعنبر نعتبره سلوكا يرغب المريض فى بذل الجهد والوصول إليه .

زايا برامج الإقتصاد الرمزى :

يؤكد (ايلون) و(ازرين) (١) أن استخدام مدعم شرطى يقوم مقام التدعيم المباشر، يتميز بخمس مزايا رئيسية على الأقل هى :

- يسمح هذا الأسلوب بعبور فترة التأجيل التى تحدث بين ظهور الإستجابة المرغوبة وظهور المدعم، وبالتالى يؤدى إلى تبلور وتأكيد الإستجابة بقوة.

٢- يسمح الإقتصاد الرمزى بتدعيم الإستجابة فى أى وقت تحدث فيه فوريا بينما ينحصر تأثير التدعيم الأولى عادة فى زمان ومكان معين.

٣- يسمح أسلوب الإقتصاد الرمزى بظهور سلاسل من الإستجابات القابلة للتدعيم دون بتر أو تشتيت ناتج عن ظهور المدعم.

٤- يساعد هذا الأسلوب على تقوية فاعلية المدعم الذى تتأثر قوته للتشبع بالمنبه، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الآخر.

٥- يكتسب هذا الأسلوب قيمة دافعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه على جماعات أكبر.

وهناك عوامل هامة يجب الإلتفات إليها عند تطبيق مثل هذه البرامج، منها :

١- العوامل المتعلقة بتأييد القوة الأدارية :

لاشك أن من أهم العوامل التى تساعد على نجاح برامج (الإقتصاد الرمزى) تلك التى تتعلق بدور هيئة الإدارة فى المؤسسة، ومقدار السلطة

لتى تعطيها للمعالج السلوكى لكى يضع ويقيم برنامجا من هذا النوع (٢).

ن هناك أيضا قدرا كبيرا من (القوة الفعلية) يكمن فى المستويات الإدارية لأصغر. لهذا فمن أهم واجبات المعالج السلوكى أن يحصل على تأييد هؤلاء لذين يحكمون القوة فى المستويات المختلفة (Krasner and Atthowe, 1971). ولعل من أكثر الطرق المعقولة والمنطقية للحصول على أييد وتعاون العاملين والإدارة هو سؤالهم بشكل مباشر عن المشكلات التى واجههم والتى يمكننا أن نساعدهم على حلها مع إشراكهم فى بعض لسؤوليات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.

- العوامل المتعلقة بتدريب العاملين وإختيارهم :

أن العصب الرئيسى لنجاح أى برنامج علاجى يعتمد على هيئة عاملين المباشرة (أى المشرفة على العنبر). فبيدهم القدرة على ملاحظة لوك المرضى، ووضع الأحكام، وتنظيم عمليات المنح وتطبيقها. لذلك فمن ضرورى توجيه رعاية شديدة لإختيار العاملين وتدريبهم على تطبيق برنامج .

ومن المقرر أن وجود عاملين (ممرضين، أو مساعدين..الخ) غير نتنعين بتطبيق أسلوب علاجى معين، قد تكون له نتائج خطيرة فى إفساد ، برنامج. فضلا عن هذا فإن تطبيق برنامج العلاج السلوكى مشوب ببعض ضايا الحساسة مثل «حقوق المرضى» و «الضبط» وغير ذلك. ولهذا هما بلغ مستوى تدريب العاملين، فإن أداءهم قد يكون ضعيفا للغاية اذا انت فلسفاتهم وتصوراتهم عن الإنسان تجعلهم ينظرون شذرا أو بعين لك إلى هذه الأساليب .

وعلى العموم، فإنه يمكن أن نجد الكثير من أساليب تدريب العاملين على الأسس السلوكية والتكنيكات المختلفة للعلاج السلوكى، ولذلك فلابد من تركيز بعض النشاط فى هذا المجال لأن هذه القضية لاتمس تدريب العاملين فقط، بل تمس أيضا بعض القضايا العامة التى قد يثيرها حتى زملاء المهنة المتعصبون. وعلى اية حال، فمن الواجب التنبه للأطر الفلسفية للعاملين قبل الدخول فى عملية تدريبهم على الإطلاق.

ويجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين إطلاعهم على المبادىء الرئيسية للتعلم كالتدعيم، وضبط المنبه، والجدولة الزمنية، والأنطفاء وغير ذلك. هذا فضلا عن التدريب فى داخل العنبر نفسه مع إعطائهم بعض العائد والتصحيح لأدائهم.

وينبغى تدعيم العاملين إيجابيا إذا ما أظهروا قدرا من الكفاءة على الإستفادة من التدريب. وهذا ضرورى مهما بلغ مستواهم من التدريب ومن أشكال التدعيم فى هذا المجال إستخدام التشجيع اللفظى، والمدح ولو أن بعض الباحثين يرى أن التدعيم الملموس (كالمكافآت المادية) قد يؤدى إلى نتائج أفضل وبالرغم من أن هذه الدراسات تبتكر عددا من الإقتراحات للتغلب على هذه المشكلة فإن البحوث لاتزال قليلة فى هذا الإتجاه.

ومن الإجراءات المقترحة لزيادة مشاركة المرضى فى البرامج العلاجية ما يسمى (بالإستجابة التمهيدية) أو (عرض العينات) (٥) . وتتضمن هذه الإجراءات أساسا عملية عرض الإستجابة المرغوبة أو الإغراء بها أو الحث على ممارستها وتدل البحوث أن هذه الإجراء مشجع ومفيد فى كثير من الحالات .

ومن الأساليب الأخرى فى هذا المجال ما يسمى (بمبدأ بريماك Pre-mack's Principle وهو يتعلق بإستخدام سلوك مفضل وشائع كمدعم لظهور سلوك أخر قليل الشيوع (إبراهيم، ١٩٨٣). وعلى سبيل المثال، إستخدم هذا الأسلوب مع مجموعة من المرضى السلبيين فى عنبر علاجى بنجاح وقد أمكن المباحثين أن يساعدو على ظهور وتأكيد قدرة المرضى على العمل والنشاط بشكل متسق بإستخدام عدم النشاط (فى هذه الدراسة الجلوس فى العنبر) كمدعم.

ويقترح (كازدين) (٧) ثلاثة إجراءات أخرى تشجع على المشاركة وهى: التغيير من شكل القيمة التى يتضمنها التدعيم، إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج وتطوير خططه ، إستخدام أسلوب مجازاة- الإستجابة عندما يعزف الشخص عن الإستجابة للبرنامج العلاجى. ويؤدى الإجراء الأول فيما تبين البحوث (٨) إلى ظهور الإستجابة المرغوبة (المشاركة)، أما أسلوب إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج فلم يلق كثيرا من البحث، ولو أنه مشجع .

أما أسلوب مجازاة - الإستجابة (والذى سيكون موضوعنا بعد قليل) فيؤدى إلى نتائج ذات شكل مركب، ولو أنه واعد بشكل عام. وهناك أساليب أخرى لتشجيع المرضى على المشاركة منها وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق- (نموذج) جيد أمام المريض المتقاعس أو المتكاسل.

٣- مجازاة الإستجابة :

إعتمدت برامج الإقتصاد الرمزى المبكرة مع الفصاميين على قانون

تدعيم الإيجابى فقط عندما يظهر السلوك المرغوب. لكن البرامج الحديثة تضمن أيضا اسلوب مجازاة الإستجابة، أى تغريم المريض عندما يظهر السلوك غير المرغوب .

وبالرغم من أن هذا الأسلوب يستخدم فى الوقت الراهن مع كل أنماط السلوك السوى تقريبا (أى أشكال السلوك التى تعوق توافق المريض مع مجتمعه الخارجى) فإنه بدأ يطبق أيضا فى علاج المشكلات السلوكية فى داخل العنبر (مثل الميل للهدم والتدمير).

وتتفق التقارير فيما بينها على أن أسلوب مجازاة الإستجابة يؤدى إلى تناقص ملحوظ فى السلوك غير المرغوب (٩)، ولو أن هناك تعارض فيما يتعلق بكيفية إستخدام هذه الأساليب. وعلى سبيل المثال يوصى البعض(١٠) بالحد من إستخدام الغرامة أو الجزاء، أو التقليل من إستخدامها على الأقل .

وتدل البحوث المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب إلى أن مخاوفنا من إستخدامه مخاوف مزعومة أو مبالغ فيها على أحسن الأحوال. فعلى سبيل المثال أثبت هذا الأسلوب كفاءته إذا ما إستخدم مع الأساليب الأخرى فى زيادة السلوك المرغوب، وتناقص السلوك غير المرغوب مع مجموعة من المرضى السيكياتريين. فضلا عن هذا ، لم يثبت وجود أعراض جانبية سيئة على متغيرات كالعدوان، أو النزعة التدميرية والهروب من الإستجابة، وغيرها من بحوث التعلم التى بنيت على أساس بعض التوقعات المأخوذة

من بحوث التعلم الحيوانى .

ولعل من المشكلات الأساسية فى إستخدام أسلوب مجازاة الإستجابة هى أن الجزاءات على بعض المرضى تتراكم، مما يؤدى إلى إحباطهم وبالتالى التدهور فى سلوكهم وعلى سبيل المثال وجد البعض أن إستخدام هذا الأسلوب للتقليل من بعض الجوانب المرضية كالعدوان، قد أدى إلى زيادة فى هذه الجوانب بتزايد تراكم الجزاءات التى فرضت على المرضى. ولهذا عمد الباحثون إلى إبتكار أسلوب (حق شراء هذه الجزاءات) من قبل المرضى الآخرين لزيادة التدعيم الإيجابى (١١) وقد حاول اخرون (١٢) التغلب على المشكلات التى يثيرها تطبيق أسلوب مجازاة- الإستجابة بإبتكار أسلوب يقوم على تدعيم المريض عندما لا يمارس السلوك غير المرغوب ، ويسمى هذا الأسلوب (بالتدعيم الفارق للسلوك الأخر) . وتقوم فكرته الأساسية على مكافأة المريض عندما يبدى السلوك المعاكس للسلوك غير المرغوب فبدلا من مجازاته لأنه مشاكس مثلا يمكننا مكافأته عندما يصبح هادئا وإيجابيا ..

ب- العلاج السلوكى الأسرى والفصام

من المعروف الآن أن نسبة كبيرة من المرضى العقليين تعيش فى داخل أسر عادية. فى الولايات المتحدة - مثلا- تدل الإحصائيات على أن 73% من الفصاميين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية، أى فى كنف الأسرة أو رعاية الأقارب (١٣) قد حدث هذا التغيير بالطبع بعد تطور الرعاية

طبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ ٤٠ عاما، وقد كان ينظر لهذا تغير فى وقته على أنه علامة إيجابية وصحية، لكن صحبته للأسف تغيرات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة. لقد أصبحت أسرة الفصامى عرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معايشتها لمريض عقلى فى نزل. وفى أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة، والتفاعل يجابى بالمجتمع الخارجى أما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه لرعاية، سبب إحساس الأسرة بالخجل منه، أو بسبب مخاوف فى الأفراد أو ماعات الخارجية نفسها من الإحتكاك بمريض عقلى (مجنون).

.. وفى مثل هذا الجو تختل أنماط الإتصال والتفاعل الإيجابى، وتكون إقب ذلك وخيمة حتى على المريض نفسه، مما يجعله معرضا للإنتكاس ودة الأعراض الفصامية للظهور (١٤، ١٥) ولهذا فقد تطور ما يسمى لاج السلوكى الأسرى خلال الـ ١٠ سنوات الأخيرة. ومناهجه تهدف كل عام إلى تحقيق هدفين رئيسين :

١- تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

٢- إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلى.

ومن بين أهم التطورات فى العلاج الأسرى الفصامى تلك التى ظهرت تماد على مايسمى (بنموذج فالون) (Falloon Model) ويقتضى هذا وذج الذى إبتكره العالم السلوكى والمعالج الأسرى « فالون ». يهتم

المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من الإتصال والتفاعل فيما بينهم. وينقسم العلاج - وفق هذا النموذج إلى أربعة عوامل هى:

١- التقييم: أى تحديد المشكلات وأنواعها فى داخل الأسرة.

٢- إعطاء معلومات علمية دقيقة عن المرض العقلى يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والإجتماعية دون تحيز.

٣- تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.

٤- تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج أما فى العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة، أو ى داخل الأسرة ذاتها حتى تتاح للمعالج فرصة الإطلاع المباشر على روف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد. وعادة ايقوم المعالج بلقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدة فى البداية وقبل أن جمعهم معا فى جلسات العلاج مع الأسرة حتى يتعرف على إحتياجات شكلات كل منهم على إنفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم اص للمشكلة.

ونظراً لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الإتصال فقد ركز فالون) وزملاؤه على إكتشاف المتغيرات المختلفة التى يتضمنها هذا هوم حتى تدريب كل منها على حدة بوضوح المكونات الرئيسية التى ضمنها هذا النوع من التدريب .

جدول (٩)

المكونات الرئيسية لمهارات الإتصال والتى يتم علاجها فى الأسرة القصامية

نوع الإتصال	نوع الإتصال
الإصغاء النشط والإيجابى	- أنظر إلى الشخص - عبر وقل شيئا يوحى بأنك تسمعه . - إسأل أسئلة توضيحية - تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر .
التعبيرات الناتجة عن مشاعر إيجابية	- حافظ على تعبيرات وجهية ودية. - إبتسم - عبر بالضبط عما يسعدك من تصرفاته .
إلتماسات إيجابية	- حافظ على تعبيرات وجهية ودية . - قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه . - إخبره عما سيؤدى إليه إنجاز ذلك من شعور لديك .

نوع الإتصال	نوع الإتصال
التعبير الجاد عن المشاعر السلبية	- أنظر إليه بتعبيرات وجهية سارة : تحدث بحزم - قل بالضبط ما فعله الشخص من شىء ضايقك . - إخبره عن شعورك الذى أدى إليه تصرفه السلبى . - إقترح عليه تصرفا بديلا لتجنب حدوث ذلك فى المستقبل .
التفاوض والتصالح	- انظر إلى الشخص - وضح وجهة نظرك - إصغ إلى وجهة نظره - كرر ماسمعته منه
الإبتعاد عن الموقف المتأزم	- وضح أن الموقف أصبح الآن متازماً. - اخبر الشخص أن الموقف لا يسمح الآن بإتصال إيجابى . - قل إنك يجب أن تبتعد مؤقتا - وضح متى سترجع وإظهر رغبتك فى الحل بعد العودة .

وفى تقرير حديث عن العلاج السلوكى للفصام (١٨) تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسرى قد أدى - فى دراسة مضبوطة على ٣٦ فصامياً - إلى نتائج إيجابية واضحة . ومن أبرز هذه النتائج أن الإنتكاسات الفصامية وصلت إلى ١٧٪ فقط من المجموعة التى خضعت للعلاج الأسرى مقابل ٨٣٪ فى المجموعة الضابطة التى لم تتلق هذا العلاج . كذلك قلت عموماً نسبة العودة للمستشفى ، وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان ، وزادت فرص النجاح الإجتماعى والمهنى فى داخل المجموعة التى حظيت بهذا النوع من العلاج .

وعلى العموم ، فإن نتائج العلاج السلوكى الأسرى إيجابية للغاية ، وتوحى بإمكانيات علاجية واعدة .

الخلاصـــــة

يكمل هذا الفصل سابقه من حيث التعرض لمناهج العلاج السلوكى فى تعديل اضطرابات السلوك الذهانى - الفصامى، وذلك بالتركيز على مايسمى بمناهج الاقتصاد الرمزى والعلاج الأسرى - السلوكى .

ولكى يكون هذا الفصل مرشدا جيدا للخبراء النفسيين ولاخصائى الصحة العقلية فى مستشفيات ومصحات الأمراض النفسية والعقلية، فقد أوضحنا عند شرح اسلوب الاقتصاد الرمزى لطرق اجرائه، ومزاياه بالمقارنة بالأساليب الفردية (التى تعرض لها الفصل السابق)، وأهم المشكلات التى يثيرها هذا الأسلوب عند استخدامه وكيفية التعامل معها ..والحلول المقترحة بشأن الحصول على تأييد القوة الادارية فى داخل المؤسسة ، وتدريب العاملين واختيارهم ، وبعض القضايا الخلقية المرتبطة بتنفيذ هذا الأسلوب .

أما الجزء الأخير من هذا الفصل، فيتعرض للتطورات الحديثة المرتبطة بنمو العلاج السلوكى الأسرى وامكانيات تطويعها للتعامل مع المرضى العقليين. ومن ثم فقد ركزنا هنا على شرح أحد النماذج الفعالة فى العلاج السلوكى - الأسرى والمعروف بنموذج فالون، والذى يعطى تركيزا رئيسيا لتدريب مهارات الاتصال والتفاعل فى داخل الأسرة الفصامية بهدف تعديل الآثار السلبية الأسرية على نمو الأعراض الفصامية وتفاقمها، مع اعانة الأسرة ذاتها على التعايش مع المريض الفعلى بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع .

References

1. Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). ***The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation***. New York: Appleton-Century-Crofts.

2. Hagen, R. (1979). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. ***Schizophrenia Bulletin***. 13, 70-96.

3. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.

4. Kazdin, A. e. (1977). ***The token economy: A review and evaluation***. New York: Plenum.

5. Kazdin. A. E. (1980). ***Behavior modification in applied settings***. Homewood, Ill.: Dorsey.

6. Kazdin, A. E. (1986). Treatment research: The investigation and evaluation of psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.) ***The clinical psychology handbook***. New York, N.Y.: Pergamon Press.

7. Kazdin. A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd. Ed., pp. 669-706). New York: Plenum Press.

8. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economies. ***Journal of Abnormal Psychology***. 79, 169-173.

9- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧). علم النفس الأكلنيكى : مناهج التشخيص والعلاج النفسى . الرياض : دار المريخ .

10. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). ***Social skills training for psychiatric patients***. New York: Prgamon Press.

11. Paul, G. L. (1974). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on ***Behavior Modification***. Los Angeles, California.

12. Upper, D. A. (1979). A "ticket" system for reducing ward rules violations on a token economy program. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry***. 4, 137-140.

13. Muesser, K. T. (1989). ***Behavioral family therapy***. In A. S. Bellack (Ed.), A clinical guide for the treatment of schizophrenia. (pp. 207-236), New York: Plenum.

14. Madanes, C. (1988). ***Strategic family therapy***. California, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

15. McGee, J., Menolascino, F. J., Hobbs, D. C., & Menousek. P. E. (1987). ***Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation***. New York: Human Sciences Press.

16. Falloon, I. R. H. (1985). ***Family management of schizophrenia***. Baltimore: John Hopkins University Press.

17. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). ***Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness***. New York: Guilford Press.

18. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S.Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

الصفحة

تمهيد	٧
البـــاب الأول : نظرة عــامــة فى الاضطرابات النفسية وعلاجها	١١
الفصـل الأول : نحن والاضطرابات النفسية والعقلية	١٣
الفصل الثانى : شئ عن العلاج النفسى عبر العصور	٥٧
الفصل الثالث : لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة	٨١
البــــاب الثانى: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث	١١١
الفصل الرابع : علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة	١١٣
الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء	١٥٣
الفـصل الســادس: أسلوب تأكـيـد الذات والحـرية الانفـعـاليـة والتدريب على المهارات الاجتماعية	١٨٣
الفصل السابع : قوة التدعيم	٢٢٧
الفصل الثامن : العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير	٢٧٣
الفصل التاسع : علاج بدون مـعـالج : الأسـاليب الحـديثـة فى العلاج الذاتى	٣٤٣

الصفحة

الباب الثالث : العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية ٢٧٧

الفصل العاشر: العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل ٢٧٩

الفصل الحادى عشر: الاضطرابات العصابية والقلق ٤٠٢

الفصل الثانى عشر : العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية : الفصام خاصة ٤٤١

الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورها فى علاج اضطرابات السلوك الفصامى ٤٧٩

رقم الإيداع : ٩٢/١١١٨٠

I.S.B.N

977-5499 - 11 - 9

هــذا الكتــاب

يشهد مسرح العلاج السلوكي في الوقت الراهن تطورات هائلة وقد أثبتت هذه الحركة بسبب منهجيتها العلمية ومرونة مفاهيمها أنها تشكل تحدياً قوياً للمفاهيم التقليدية من العلاج النفسي ، وأنها بالفعل ثورة في ميدان علاج اضطرابات السلوك الإنساني ومشكلاته .

ومن ثم يقدم لنا مؤلف هذا الكتاب اعتماداً على خبرته الأكاديمية العملية في ممارسة العلاج السلوكي ـ المعرفي صورة تتميز بالعمق والشمول عن المفاهيم الرئيسية لهذه المدرسة بما في ذلك أساليبها العملية ، وتطوراتها النظرية فضلاً عن تطبيقاتها في علاج أهم ميادين الاضطرابات النفسية والعقلية لدى الأطفال ، والبالغين ، بما في ذلك حالات القلق واضطرابات الطفولة واضطرابات التفكير والفصام .

ويتميز الكتاب بلغة واضحة وبسيطة مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة والتركيز على طرق الممارسة وتنفيذها .. مما يجعله قادراً على مخاطبة المتخصص وغير المتخصص ، وذلك دون إخلال بمتطلبات المنهج العلمي وإمكانيات تطويع مفاهيمه في فهم القضايا المعقدة من السلوك البشري وضبط اضطراباته .

الناشر

المؤلف : د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والعلاجي ورئيس قسم الطب النفسي لكلية الطب ، جامعة الملك فيصل ، عضو وزميل بكثير من الهيئات العلمية الدولية بما فيها جمعية الصحة العقلية (منظمة الصحة الدولية) جمعية علم نفس الأمريكي وجمعية العلاج السلوكي الأمريكي ، يحمل فضلاً عن ذلك ، دكتوراه الفلسفة في علم النفس ، البورد الأمريكي في الرعاية الصحية ـ العقلية ، والبورد الأمريكي في العلاج النفسي الطبي ، وإجازة الممارسة المهنية في علم النفس من ولايتي ميتشجان وكاليفورنيا بأمريكا . نشر له الكثير من البحوث والمقالات العامة والمتخصصة ، وقدم للمكتبة العربية كثير من المؤلفات المعروفة في مجالات علم النفس والعلاج السلوكي .

المراسلات : جماعة الوسطية

٣٣ ش محمد كامل الحلوني من ش أحمد فخري المنطقة السادسة ـ مدينة نصر ـ القاهرة ت : ٢٧٤٥٨٩٢

مطبعة الموسكى ٠١٠١٤٤٣٣٩٥ ـ ٣٢٠٣٤٠١

توزيع الدار العربية للنشر والتوزيع

٣٢ عباس العقاد ـ مدينة نصر ـ القاهرة ت : ٢٧٥٣٣٣٥ فاكس : ٢٧٥٣٣٨٨